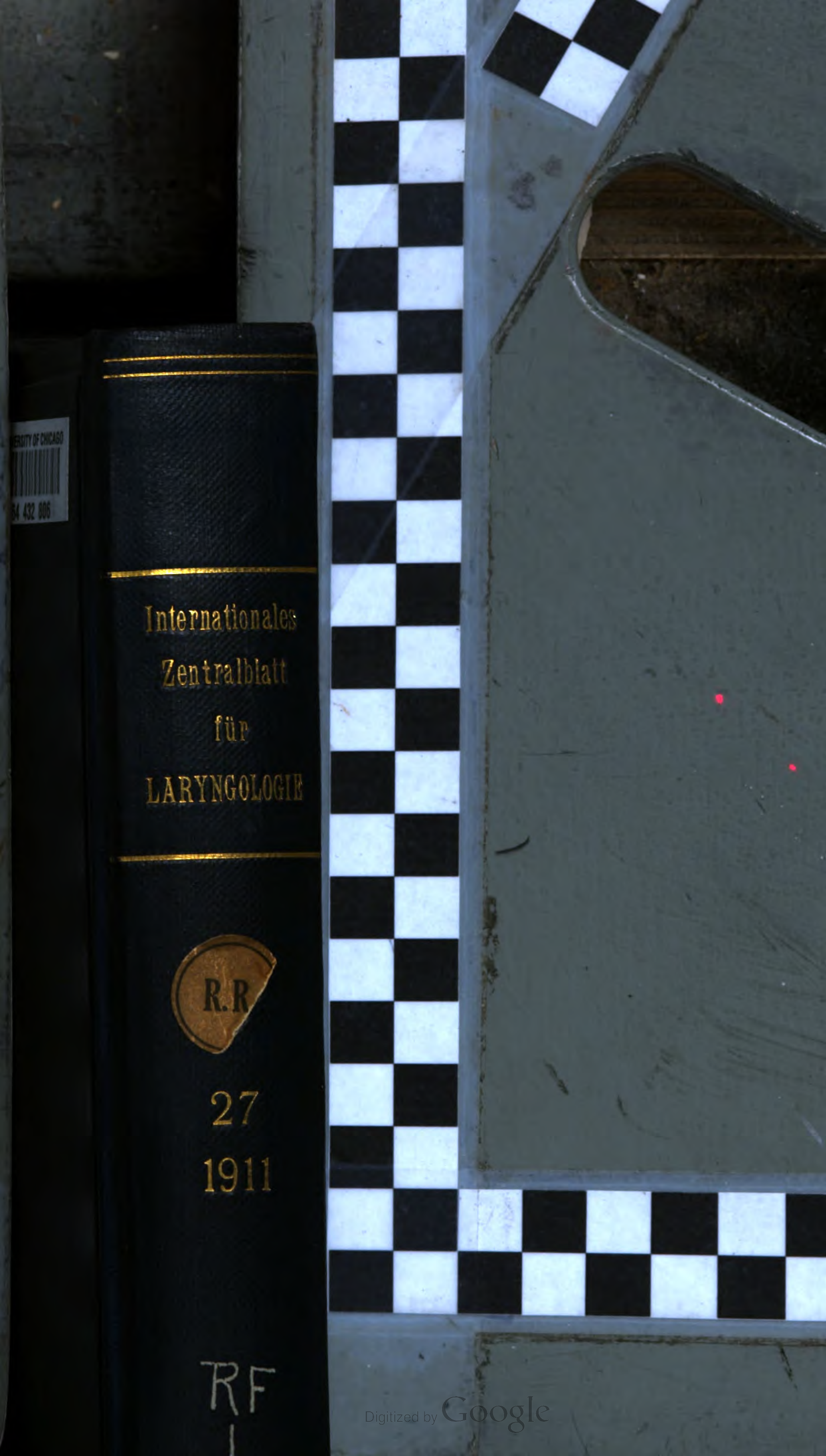
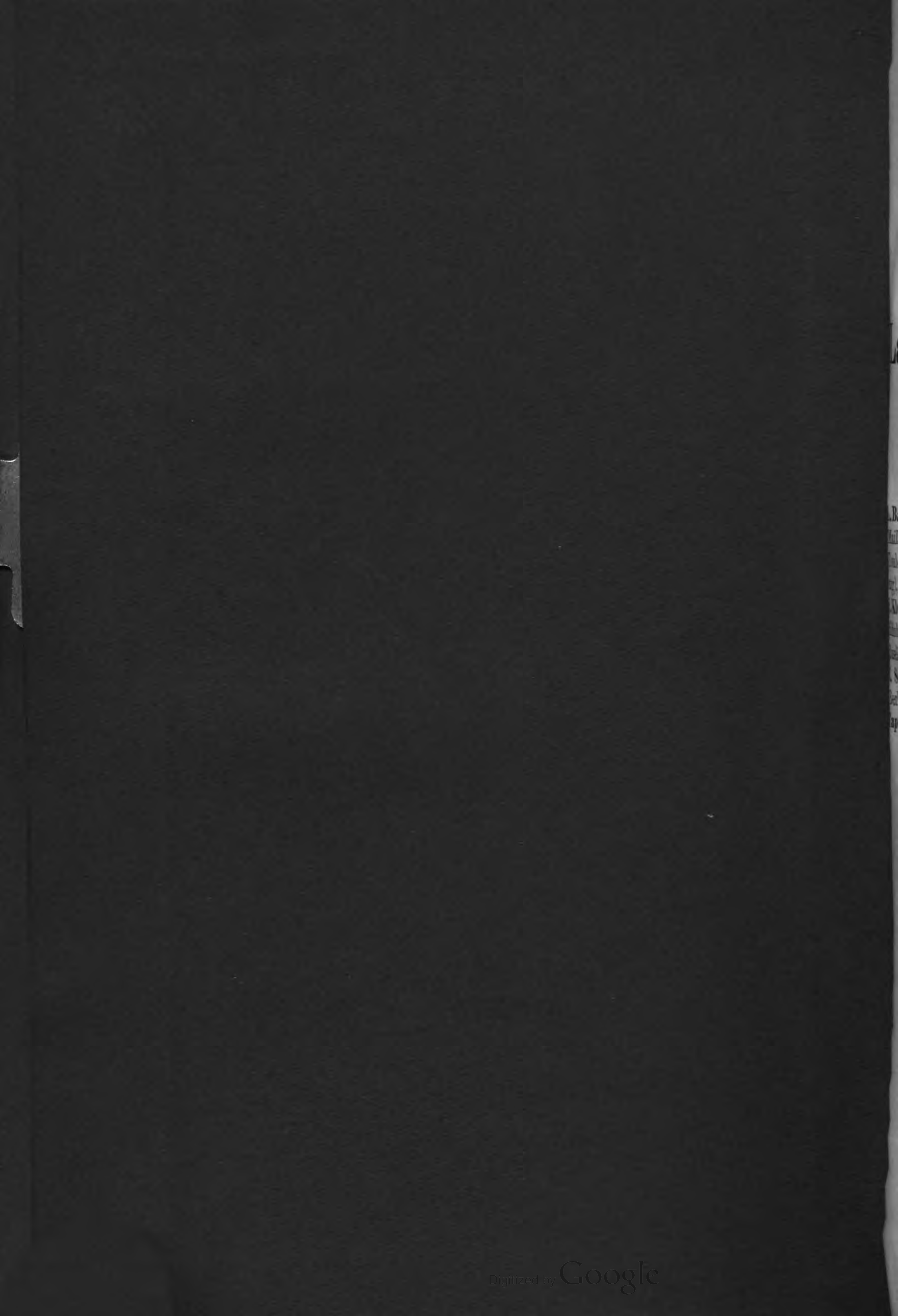



Internationales
Zentralblatt
für
LARYNGOLOGIE
R.R
27
1911
RF
Digitized by Google





Semon's Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1911.)

Berlin 1911.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Billings
(Rudnock '29 Fund)
35 vols.
Vols. 1, 3-35, 37-38

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

Die Laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1910 1
Bernhard Fränkels Rücktritt und die Zukunft der Laryngologie in Berlin 293
Killians Berufung nach Berlin 331
Zum dritten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress 393
Nachklänge vom III. Internationalen Laryngo-Rhinologencongress 439
Laryngo-Rhinologie als Gegenstand des medicinischen Unterrichts von G. Killian 543
Die neue Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien von O. Chiari 553

II. Referate.

Siehe Seite 2—32, 49—77, 107—139, 155—185, 201—228, 243—272, 295—322, 332—362, 396—421, 444—466, 479—503, 559—582.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

Rosenberg, Therapeutisches Taschenbuch der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1910. H. Kornfeld. Besprochen von Seifert 77
Rosenberg, Pathologie und Therapie der Rachenkrankheiten. Wien und Leipzig 1911. Besprochen von Seifert 79
Katz-Preysing-Blumenfeld, Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. I. Bd. Lfg. 1, 2, 3, 4, 5. Besprochen von Rosenberg 273, 322
Mann, Atlas zur Klinik der Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie. Würzburg, Curt Kabitzsch. 1911. Besprochen von Brünings (Jena) 583

b) Monographien und grössere Aufsätze:

L. Lockard, Tuberculosis of the nose and throat. St. Louis 1909. Besprochen von A. Kuttner 33
Sargnon und Barlatier, Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales. Paris 1910. Besprochen von E. J. Moure 77
Wilh. Fliess, Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. Halle 1910. Besprochen von A. Rosenberg . . . 78
Saenger, Ueber Asthma und seine Behandlung. Berlin 1910. Besprochen von Rosenberg 140
Franz Kuhn, Die perorale Intubation. Berlin 1911. Besprochen von Finder 421
Pankow und Küpferle, Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Besprochen von A. Kuttner 467

Seite

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

Vereinigung Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. 28. November 1909. December 1910. Bericht von Moses 33, 328

Belgische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft. Februar 1911. Bericht von Bayer 510

XX. und XXI. Jahresversammlung der Belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft in Brüssel. 11—13. Juni 1910, 15.—17. Juli 1911. Bericht von Bayer 83, 512

Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 18. Versammlung. 23. und 24. Oktober 1909, 4. und 5. Juni 1910, 19. und 20. November 1911. Bericht von H. Burger 98, 231, 597

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Karlsruhe 1911. Bericht von Huber 521

Laryngological Section of Royal Society of Medicine in London. Sitzungen vom Januar, März, April, Mai, Juni, November, December 1910, Januar, Februar 1911. Bericht von Davis 102, 141, 423, 474

Société française de Laryngologie. 9.—12. Mai 1910. Bericht von Trivas 144

Société française de Laryngologie. 8.—11. Mai 1911. Bericht von Lautmann 469

II. Russischer oto-rhino-laryngologischer Congress in Moskau. 27.—30. December 1910. Bericht von Hellat 149

Rhino-laryngologische Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzungen vom 3. Mai und 22. November 1910, Februar, März, April 1911. Bericht von E. v. Navratil und Polyak . 187, 432

Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris. Sitzungen von 1910. Bericht von Lautmann 285

St. Petersburger oto-laryngologischer Verein. Sitzungen vom Januar, Februar, März, April, Mai, October, November 1910. Bericht von Hellat 190, 389

Berliner laryngologische Gesellschaft. Sitzungen vom October, November, December 1910, Januar, Februar, März, April, Mai 1911. Bericht von Rosenberg 80, 191, 323

Dänische oto-laryngologische Gesellschaft. Sitzungen vom October, November, December 1910, Februar, März, April 1911. Bericht von Jörgen Möller 194, 326

Wiener laryngologische Gesellschaft. Sitzungen vom Juni, November, December 1910, Januar, Februar, März, April, Mai 1911. Bericht von Hanszel 229, 437, 476

Französische chirurgische Vereinigung. 3.—8. October 1910. Bericht von Lautmann 237

Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm. September, October, November 1910, Januar, Februar, März, April 1911. Bericht von Stangenberg 240, 430

American Laryngological Association. XXXII. Jahresversammlung 1910. Bericht von Emil Mayer 274

Laryngo-Otologische Gesellschaft in München. 57. u. 58. Sitzung. Bericht von Hoffmann 284, 429

Verein Deutscher Laryngologen. 31. Mai und 1. Juni 1911. Bericht von Blumenfeld 363

III. Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie. April 1910. Bericht von Tapia 381

Scottish Otological and Laryngological Society. Nov. 1910 und Mai 1911. Bericht von Turner 428

Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie. Januar, Februar 1911. Bericht von Mayersohn 431

III. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress zu Berlin. 30. August bis bis 2. September 1911. Bericht von Max Rosenberg 504, 584

Seite

V. Nekrologe.

Alfred Martin 152
Vincenzo Cozzolino 200
Bernhard Fränkel 531
Leopold Lichtwitz 603

VI. Briefkasten.

Personalnachrichten 98, 105, 152, 242, 330, 438, 530, 603. — Die neue Hals-Nasenklinik am Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.-Sachsenhausen S. 45. — Internationaler Laryngo-Rhinologencongress S. 47, 198. — Material betreffend die directen Untersuchungsmethoden S. 48. — Eine Ehrung für George M. Lefferts S. 105. — Das Schicksal der Laryngologie in Halle S. 48, 106. — Eine oto-rhino-laryngologische Förderation S. 152. — Die Complicationen der Broncho- und Oesophagoskopie S. 154. — Verein Deutscher Laryngologen S. 198, 241, 330. — Zur Behandlung der Laryngologie an den deutschen Hochschulen S. 199. — Eröffnung der oto-laryngologischen Klinik in Stockholm S. 199. — British medical association S. 242. — Umwandlung der Wiener Laryngo-Rhinologischen Gesellschaft S. 392. — Aeussere Anwendung der Lokalanästhesie bei oto-rhino-laryngologischen Operationen S. 392. — Società Italiana di Laryngologia, Otologia e Rinologia S. 438. — Sitzung des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse S. 477. — Internationale Sammelforschung betreffend die Ozaena S. 527. — Bernh. Fränkel's 75. Geburtstag S. 530. — An unsere Leser S. 603.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, Januar. 1911. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1909.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	73	254	123	31	128	22	28	659
Deutschland	51	153	68	17	134	31	28	482
Frankreich	23	78	81	16	78	29	20	325
Grossbritannien und Colonien	13	65	60	7	73	10	15	241
Ungarn	8	45	32	3	54	7	9	158
Oesterreich	7	33	34	5	53	8	10	150
Italien	5	15	30	4	42	4	7	107
Holland	7	33	18	4	31	4	5	102
Belgien	6	28	16	4	25	3	2	84
Spanien	4	15	15	2	25	1	4	66
Polen	3	12	7	6	20	1	3	52
Russland	3	12	13	5	17	2	3	55
Dänemark, Norwegen	3	10	11	3	17	2	4	50
Schweden	5	12	5	2	12	4	5	45
Schweiz	3	8	2	4	8	4	3	34
Zusammen	214	773	515	113	717	132	146	2610

Es ist zu obenstehender numerischer Literaturübersicht zu bemerken, dass gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von fast 500 Arbeiten zu verzeichnen ist. F.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **John Murphy. Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea, Bronchien und Oesophagus. (Direct examination of the larynx, trachea, bronchi and oesophagus.)** *Australian Medical Gazette. 20. October 1910.*

Beschreibung der Methoden und Instrumente. Nichts Neues.

A. J. BRADY.

2) **G. R. Pisek. Spastische Athemstörungen im frühen Lebensalter, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Behandlung. (Spasmodic respitory affections in early life with special reference to diagnosis and treatment.)** *Post Graduate. Mai 1910.*

Verf. betrachtet die spastische Laryngitis, spastische Tracheitis und Bronchialasthma als zusammengehörige Krankheiten.

EMIL MAYER.

3) **J. A. Stucky. Intestinalautointoxication als Factor bei der Entstehung krankhafter Zustände von Ohr, Nase und Hals. (Intestinal autointoxication as a factor in the causation of pathologic conditions of the ear, nose and throat.)** *Journal American Medical Association. 9. October 1909.*

Verf. hat in mehreren hundert Fällen von Erkrankungen der Nebenhöhlen, des Mittel- und Innenohres unverkennbare Zeichen von Toxämie intestinalen Ursprungs gefunden, nämlich ausserordentlich grosse Mengen von Indican im Urin; mit der Besserung der Erkrankung ging auch ein Nachlassen resp. Verschwinden der Indicanurie einher.

EMIL MAYER.

4) **W. E. Chenewy. Erkrankungen der oberen Luftwege und ihre Beziehung zu Deformationen in der Mundhöhle. (Diseases of the upper respiratory passages and their relation to oral deformities.)** *Journal of the allied Societies. Juni 1910.*

Mundathmung während der Zahnungsperiode ist sehr schädlich, besonders während der Anfangszeit der zweiten Dentition. Das Gleichgewicht der Kräfte ist gestört und die symmetrische Entwickelung der Nase, Kiefer- und Zahnbögen beeinträchtigt. Obstructionen in und hinter der Nase sollen daher vor dieser Zeit beseitigt werden.

EMIL MAYER.

5) **E. Meyer** (Königsberg). **Ueber die Beziehungen der oberen Luftwege zum weiblichen Genitalapparat.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 119. 1910.*

Verf. nahm bei 80 Frauen während Schwangerschaft oder Geburt eine rhinoskopische Untersuchung vor und fand bei 70, also bei 87,5 pCt., Hyperämie und Hypertrophie der Nasenschleimhaut.

(Dieses häufige Auftreten von Schleimhauthypertrophien in der Nase unter dem Einflusse der Schwangerschaft kann Referent nicht bestätigen und verweist auf seine diesbezügliche frühere Mittheilung in den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft 1906, S. 206.)

Während der Geburt sah M. die von ihm beschriebenen nasalen Veränderungen besonders deutlich ausgeprägt. Allerdings ist während der Wehen ein erhebliches Anschwellen und eine intensive Röthung der unteren Muscheln zu beobachten. Aber diese rhinoskopischen Erscheinungen sind nur Folge der venösen Stauung gleichwie die dabei auftretende Röthung des Gesichtes; sie gehen bei längerer Wehenpause wieder zurück. Dass dabei die Gegend der Tubercula septi als polsterförmige Verdickung besonders stark vortritt, kann Referent ebenfalls nicht bestätigen, auch nicht die nasale Beeinflussung der Wehenschmerzen durch Cocain. Nach den Untersuchungen von Meyer wurde bei 8 von 16 Fällen der Wehenschmerz durch Bestreichen der Nasenschleimhaut mit Cocain-Adrenalin bedeutend gelindert.

In 42 pCt. von 62 untersuchten Fällen sah M. Veränderungen, Hyperämie und Hypertrophie, auch im Larynxbild. Diese bilden sich im Puerperium sehr bald zurück, früher als die nasalen Veränderungen.

OPPIKOFER.

6) **Imhofer** (Prag.) **Die Veränderungen der oberen Luftwege in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** *Gynäkologische Rundschau. IV. No. 10 u. 11.*

Während der Gravidität kommen Schwellungen im Bereiche der oberen Luftwege vor, im Larynx speciell an der Hinterwand; diese bilden sich im Wochenbett wieder zurück, und scheint in dieser Hinsicht die Dauer der Rückenlage von Einfluss zu sein. Während der Geburt verhalten sich die oberen Luftwege durchschnittlich vollkommen indifferent. Blutungen und Paresen infolge Gravidität und Partus sind selten. Die vorgenannten Schwellungen der Larynxhinterwand haben mit Tuberculose nichts gemein und lassen sich wie auch alle anderen Veränderungen im Bereiche der oberen Luftwege durch rein mechanische Verhältnisse ungezwungen erklären.

HANSZEL.

7) **R. Imhofer. Die Veränderungen der oberen Luftwege in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (Les modifications des voies respiratoires supérieures pendant la grossesse, au moment de la délivrance et pendant les couches.)** *Arch. Intern. de laryngologie. No. 2. 1910.*

Uebersetzung der in der Gynäkol. Rundschau erschienenen Arbeit. (Cfr. vorhergehendes Referat.)

LAUTMANN.

8) **Henry Albert. Verstopfung der Nasenlöcher mit Watte als Schutz gegen Ansteckungskrankheiten durch Inhalation. (Plugging nostrils with cotton as protection against diseases contagious by inhalation.)** *Journal American Medical Association. 28. Mai 1910.*

Gestützt auf die bei Epidemien von Cerebrospinalmeningitis und Poliomyelitis gemachten Erfahrungen und die Ergebnisse bakteriologischer Untersuchungen räth Verf., dass Aerzte, Krankenpfleger und andere Personen, die mit Patienten zu thun haben, die an einer durch Inhalation übertragbaren Krankheit leiden, sich die Nase mit Watte verstopfen sollten, um sich so dagegen zu schützen, dass sie sich selbst anstecken oder zu Trägern der betreffenden Erreger werden.

EMIL MAYER.

9) **J. R. French. Beobachtung über die Beziehungen von Krankheiten der oberen Luftwege zu Asthma, Husten und Verdauungsstörungen. (Observations on tho relation of diseases of the upper air passages to asthma, cough and disorders of digestion.)** *Long Island Medical Journal. October 1909.*

Verf. bespricht besonders ausführlich die Galvanokaustik des Septums bei Heufieber und Asthma und verwirft ihre Anwendung in diesen Fällen nicht gänzlich.

EMIL MAYER.

10) **Hueter** (Altona). **Erkrankungen der oberen Luftwege bei Abdominaltyphus.** *Klin.-therap. Wochenschr. No. 46. 1910.*

Ulcerationen der Larynxschleimhaut bei Typhus sind häufig, ihre Genese ist keine einheitliche, ebenso wie die Perichondritis. Klinische Symptome von Seiten des Kehlkopfes fehlen oft, da das Sensorium der Patienten meist stark getrübt ist. Besondere Beachtung erfordert die Knorpelnekrose, die nicht selten überraschend schnell Tracheotomie bedingen kann, weshalb eine sorgfältige Ueberwachung der Typhuskranken mit Kehlkopfsymptomen nöthig ist.

HANSZEL.

11) **Hanszel** Wien). **Ueber Blutungen aus den oberen Luftwegen.** *Kalender für österreichische Amtsärzte. 1911.*

Ursachen und Quellen der Blutungen. Besondere Berücksichtigung der Therapie.

AUTORFERAT.

12) **Gerber** (Königsberg). **Zur Bekämpfung der Lues und des Lupus.** *Arch. f. Dermat. Bd. 100. 1910.*

Unter 672 Patienten mit Lues der oberen Luft- und Nasenwege waren sich zwei Drittel über die Natur ihres Hals- und Nasenleidens absolut im Unklaren. Die Bekämpfung der Syphilis bleibt Stückwerk, wenn man sich dazu nicht die Unterstützung derjenigen Aerzte sichert, zu denen ein so erheblicher Theil aller Syphilitischen ihre Zuflucht nimmt.

Was den Lupus anlangt, so müssen es vornehmlich die Rhino-Laryngologen sein, mit denen verbündet die Dermatologen den Kampf gegen die Volksseuche aufzunehmen haben.

SEIFERT.

13) **A. Hartmann** (Berlin). **Die Behandlung des chronischen Katarrhs der oberen Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1909.*

Fortbildungsvortrag, der die Grundsätze des Verf.'s bei der Behandlung der chronischen Entzündung der oberen Luftwege in kurzen Zügen darlegt.

ZARNIKO.

14) **Joseph Weinstein** (New-York). **Ueber die Bedeutung der Wassermann'schen Syphilisreaction für die Rhino-Laryngologie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. 1909.*

In einer Anzahl von Fällen der Scheier'schen Poliklinik, von denen 8 in Krankengeschichten geschildert werden, leistete die Wassermann'sche Reaction die besten diagnostischen Dienste. Verf. räth, sie in zweifelhaften Fällen stets anzuwenden.

ZARNIKO.

15) **Baumgarten** (Budapest). **Anästhesin-Coryfin und Cycloform-Coryfin. (Neues Mittel bei den Schlingbeschwerden der tuberculösen Perichondritis laryngis.)** *Med. Klinik. 44. 1910.*

Mit einer Lösung von 1,0 Anästhesin in 20,0 Coryfin werden die kranken Stellen im Kehlkopf (20—25 Tropfen) mit Hülfe der Kehlkopfspritze berieselt; die Wirkungen auf die dysphagischen Beschwerden werden geradezu als phänomenale bezeichnet. Eine gleiche Wirkung schreibt Baumgarten auch einer Lösung von Cycloform 1,0 : Coryfin 25,0 zu. Ob die Berieselungen in solchen Fällen auch eine curative Wirkung gehabt haben, vermag der Autor nicht zu entscheiden, obgleich der Process in mehreren Fällen auffallend rasch sich besserte.

Alypin-Coryfin hatte nur eine kurz dauernde Wirkung. SEIFERT.

16) **Zeller** (Stuttgart). **Ueber Cycloform, ein locales Anaestheticum.** *Med. Klinik. 45. 1910.*

Die Beobachtungen erstrecken sich nur auf Application von Cycloform als Streupulver bei ulcerösen Processen der äusseren Haut, wo es einen günstigen Einfluss auf die Schmerzhaftigkeit (Brandwunden, Unterschenkelgeschwüre etc.) aufwies. SEIFERT.

17) **Chavanne. Die Schleimhautanästhesie mit einem Gemisch von Chinin und Harnstoff. (L'anesthésie des muqueuses par une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. 37. 1910.*

Der Harnstoff hat sich in den Versuchen Chavanne's bald als wenig anästhetisch bewährt, trotz der gegentheiligen Anpreisungen von Hatzler, Brewster und Rogers. Daher hat ihn Chavanne bald aufgegeben. Nach mannigfachen Versuchen hat sich Ch. endlich zur constanten Anwendung folgender Formel entschlossen, wenn das Cocain aus irgend einem Grunde contraindicirt ist:

Phenol 2 g
Menthol 2 g
Chinini muriatici 1,50 g
Adrenalini puri 5 mg.

Man erhält eine syrupöse Mischung, von der einige Tropfen zur rhinologischen Technik ausreichen. Die Formel ist der bekannten Mischung von Bonain nachgebildet. LAUTMANN.

18) **Wm. K. Simpson. Calciumlactat bei Blutungen der oberen Luftwege. (Calcium Lactate in hemorrhages of the upper air tract.)** *N. Y. Medical Record. 25. September 1909.*

Cfr. Verhandlungen der American Laryngological Association 1909.

LEFFERTS.



b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **E. Zuckerkandl. Ueber Wechselbeziehungen in der Ausbildung des Jacobson'schen Organs und des Riechlappens.** *Anat. Hefte. Bd. 41. H. 1/2. S. 1.*

Behandelt das allgemeine Verhalten der Riechnerven bei den Reptilien und das sog. Gangl. olfactorium, den Lobus olfactorius der Reptilien und das Jacobson'sche Organ und den Riechlappen der Amphibien.

J. KATZENSTEIN.

20) **Biasioli** und **Masucci. Ueber einen vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus interessanten Fall von Anosmie.** *Arch. Ital. di Otologia etc. September 1910.*

In dem von den Verff. berichteten Fall bestand eine vollständige und permanente Anosmie nebst leichten Veränderungen auch des Geschmacks. In der Nase fanden sich permanente und unheilbare structurelle Veränderungen, durch welche, wenn nicht eine absolute respiratorische Anosmie, so doch sicher eine erhebliche Herabsetzung des Geruchsvermögens bedingt war.

Verff. erörtern die gerichtsärztlichen Probleme, die auf Grund einer traumatischen Anosmie infolge von Entschädigungsansprüchen des Verletzten an den Thäter entstehen können.

CALAMIDA.

21) **Felix Peltesohn** (Berlin). **Geruchsinn und Unfall.** *Aerztl. Sachverständigen-Zeitung. No. 19. 1910.*

Fälle von Anosmie sind doch häufiger Folgen eines Unfalls, als man annimmt. Zur Beantwortung der Frage, auf welche Weise Unfälle Verlust oder Störungen des Geruchs hervorrufen können, bespricht Verf. die Anatomie der Richnerven, sowie die centrale Repräsentation des Riechens.

Bei der Diagnosestellung unterscheidet er drei Arten von Anosmie: 1. essentielle, 2. mechanische oder respiratorische. 3. functionelle Anosmie. Restitution des Geruchs bei essentieller Anosmie auf traumatischer Basis ist so gut wie ausgeschlossen, bei functioneller Anosmie kann der Geruch ganz plötzlich wieder erscheinen und bei mechanischer Anosmie wird es gelingen, durch geeignete operative Eingriffe die Perception des Geruchs wieder herzustellen.

Zum Schluss theilt Verf. zwei Fälle von Anosmie nach Trauma aus seiner Gutachterthätigkeit mit, bei deren einem es sich um Zerreissung oder starke Zerrung der Riechnerven infolge eines Falles auf den Hinterkopf handelt, bei dem zweiten Falle handelt es sich um eine functionelle Anosmie als Ausdruck einer traumatischen Neurose.

SALZBURG.

22) **Zickgraf** (Bremerhafen). **Xerose und Anosmie.** *Zeitschr. f. Laryngo-Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 53. 1910.*

Z. prüfte den Geruch bei 30 Fällen trockener Rhinitis mit mehr oder weniger Atrophie der Nasenschleimhaut mit Hülfe des Onodi'schen Olfactometers. Er fand bei der Hälfte dieser Patienten eine vollkommene Anosmie und bei einem Drittel starke Hyposmie (Reaction erst auf 5000 Olfactien). Nur bei 4 Patienten, unter denen sich eigenthümlicherweise auch eine typische Ozaena foetida mit starker Borkenbildung befand, ergab der Olfactometerversuch normalen Geruchsinn.

Besserung der Anosmie beobachtete Z. nicht durch Nasenspülungen, wohl aber bei Anwendung von Saponininhalationen in der Form eines Nasensprays.

OPPIKOFER.

23) **Wilhelm Sternberg** (Berlin). **Compendiöser quantitativer Olfactometer.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1909.*

Die zur Prüfung dienenden Düfte (Maiglöckchenparfüm und Schwefelleber) werden durch eiue Luftpumpe mit verstellbarem Hub in die zu untersuchende Nase gepumpt. Damit will St. die „Grösse der subjectiv empfindenden Oberfläche" verändern, anstatt, wie es sonst üblich ist, „das Riechobject quantitativ" zu verändern. Ueber die Resultate von Prüfungen mit diesem Olfactometer giebt die Dissertation des Gymnasiallehrers Paul Mahner in Beuthen Aufschluss.

(Die Zwaardemaker'schen Olfactometer scheinen St. unbekannt geblieben zu sein, sonst hätte er die Construction des seinen, der, wie man ohne Weiteres sagen kann, diesen gegenüber einen bedenklichen Rückschritt bedeutet, gewiss unterlassen! Ref.)

ZARNIKO.

24) **J. H. Egbert. Asthma, eine Nasenkrankheit. (Asthma: a nasal disease.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Februar 1909.*

Verf. berichtet über 8 Asthmafälle, in denen er Besserung durch Entfernung intrasasaler Abnormitäten erzielte. Er nimmt zwei additionelle ursächliche Momente an: einen neurotischen Habitus und einen erworbenen Mangel an Widerstandsfähigkeit. Von den medicamentösen Asthmamitteln ist Verf. geneigt, dem Strychnin, Atropin, Phosphor und Chinin den meisten Nutzen zuzuschreiben.

LEFFERTS.

25) **R. Hoffmann** (München). **Beitrag zur Lehre und zur Therapie des Heufiebers.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1910.*

Nach eingehender kritischer Würdigung der verschiedenen Theorien über die Pathologie des Heufiebers und der daraus gezogenen therapeutischen Schlussfolgerungen, die sich zu kurzem Referat nicht eignen, weist H. auf den Zusammenhang mit Hyperthyreoidismus und die therapeutische Bedeutung des Jodes — auch die Erfolge der Fink'schen Aristol-Kieferhöhlen-Insufflation spricht er als Jodwirkung an — hin und definirt das Heufieber „als eine Vasodilatationsneurose im Gebiete des sensiblen Trigeminus, hervorgerufen durch den Contact der von ihm versorgten Schleimhaut mit dem Pollentoxin". Als therapeutische Schlussfolgerungen empfiehlt Autor reichliche Medication von Extr. fluid. Hydrast. canad., event. auch Antithyreoidin Moebius, sowie ausgiebige Anwendung der Staubinde, zur localen Application auf die Nasenschleimhaut Adrenalin-Cocainspray, bezw. auf der Strasse entsprechendes Schnupfpulver. Die Behandlung muss schon 10 bis 14 Tage vor dem voraussichtlichen Beginn der Gräserblüthe einsetzen. Zugleich warnt H. vor der kritiklosen Polypragmasie durch intranasale operative Eingriffe. Eine in extenso berichtete Krankengeschichte, sowie die erwähnten Nachprüfungen durch Nadoleczny und Hahn illustriren den Erfolg der Therapie.

HECHT.



26) **W. Scheppegrell. Immunisation gegen das Heufieber. (Traitement immunisateur de la fièvre des foins.)** *Revue hebd. de laryngologie. No. 8. 1910.*

Die meisten Fälle von Heufieber, die Sch. zu sehen bekommt, stammen durch Reizung mit dem Blüthenstaub von Ambrosia artemisiaefolia (ragweed) her, nur in 5 pCt. der Fälle sind andere Pflanzen (golden-rod) die Ursache. Die natürliche Heilung geschieht dadurch, dass sich die Nasenschleimhaut an den Reiz gewöhnt. Sch. kam auf die Idee, diese Angewöhnung bei den zu Heufieber Prädisponirten dadurch zu provociren, dass er dieselben, bevor die Heufiebersaison beginnt, den Blüthenstaub von Ambrosia wiederholt am Tage aufschnupfen lässt. Seine Versuche sind noch nicht geeignet, definitive Schlüsse ziehen zu lassen, wenngleich sie auch versprechend sind. Eine weitere Arbeit über das Thema wird folgen.

LAUTMANN.

27) **Wagner** (Schwanberg). **Ueber einen Fall von Heuschnupfen und dessen Behandlung.** *Med. Klinik. 10. 1910.*

Die Behandlung bestand in Bespülung der Nasenschleimhaut mit je 1 ccm einer 2proc., später einer 1proc. Cocainlösung, welche in dünnem, kräftigem Strahle (Pravazspritze) in die Nase anfangs täglich mehrmals (6—8mal) steril aufgespritzt wurde.

SEIFERT.

28) **Wm. Wesley Carter. Heufieber und andere rhinologische Ursachen von Asthma. (Hay fever and other rhinological causes of asthma.)** *N. Y. Medical Record. 29. Mai 1909.*

Nachdem Verf. die Pathogenese des Heufiebers und ähnlicher Zustände betrachtet und die verschiedenen Behandlungsmethoden, die er — meist nur mit wenig Erfolg — angewandt hat, aufgezählt hat, kommt er zu dem Ergebniss, dass die Erkrankung „einzig dadurch geheilt werden kann, dass der fehlerhafte Ernährungszustand, auf dem die abnorme Empfänglichkeit gegenüber dem Pollentoxin beruht, ausgeglichen wird, und dies kann nur durch eine völlige Umänderung in der persönlichen Hygiene des Patienten geschehen, bevor die Affection in das Stadium der Chronicität gelangt ist“.

LEFFERTS.

29) **George A. Leitner. Ein Beitrag zur Behandlung des Heufiebers. (A contribution to the treatment of hay fever.)** *American Medicine. Mai 1910.*

Verf. empfiehlt bei Heufieber mit pathologischen Veränderungen in der Nase die Anwendung der Milchsäurebacillen, die in die Nase eingestäubt werden.

EMIL MAYER.

30) **Otto J. Stein. Hyperästhetische Rhinitis; Heufieber. (Hyperesthetic rhinitis; hay fever.)** *Interstate Medical Journal. Juli 1910.*

Verf. empfiehlt seine Methode der 50—75proc. Alkoholinjectionen in die Nasennerven. Durch Injection in den nasalen Ast des Trigeminus, dessen Verzweigungen sich auf der Nasenschleimhaut ausbreiten, soll der Connex zwischen dem irritirenden Agens und den irritirten Nervenendigungen aufgehoben werden.

EMIL MAYER.



31) **Edwin Blos** (Karlsruhe). **Die operative Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1909.*

Verf. erwartet, dass die doppelseitige Resection des N. ethmoidalis Heufieberpatienten von ihrem Leiden dauernd wird befreien können. Er hat die Operation 3mal mit vorläufig befriedigendem Erfolg ausgeführt. ZARNIKO.

32) **Eugene S. Yonge. Die chirurgische Behandlung von paroxysmaler Rhinorrhoe und Heufieber. (The surgical treatment of paroxysmal rhinorrhoea and hay fever.)** *Medical Chronicle. October 1910.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Wenn irgend welche ausgesprochene Abnormitäten in der Nase vorhanden sind, so sollten sie einer geeigneten Behandlung unterworfen werden.
2. Fehlen solche, so kann die Galvanokaustik angewandt werden.
3. Die totale Turbinectomie ist eine zu eingreifende Behandlung.
4. Alkoholinjectionen in den Nasennerv sind nicht genügend erprobt worden.
5. Resection des nasalen Trigeminusastes hat bisher keine erheblichen oder anhaltenden Erfolge gehabt.
6. Excision des Tuberculum septi hat bessere Resultate gehabt, als jede andere Methode, die dem Verf. bekannt ist. A. LOGAN TURNER.

33) **Thomas H. Shastid. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay-fever.)** *American Journal of Clinical Medicine. Juli 1910.*

Verf. hält für am günstigsten die Fälle, in denen eine chirurgische Behandlung indicirt ist. EMIL MAYER.

34) **Arthur S. Underwood. Eine Untersuchung über die Anatomie und Pathologie der Kieferhöhle. (An inquiry into the anatomy and pathology of the maxillary sinus.)** *Journal of Anatomy and Physioloyy. Juli 1910.*

Es wurden Schädel verschiedener Menschenrassen und anthropoider Affen untersucht, auch Skiagramme vom Lebenden. Die Entwickelung der Oberkieferhöhle ist innigst verknüpft mit der der Zähne; sie scheint für die sich entwickelnden Molares als Stütze zu dienen.

Die Höhle entwickelt sich in drei Absätzen entsprechend den Prämolaren, den ersten beiden und dem dritten Molaris. Diese drei Absätze entsprechen drei bestimmten Pertoden der Zahnung: der Eruption der Milchmolaren, dem ersten und zweiten bleibenden Molaris und dem dritten Molaris. In einem frühen Stadium ragen die Zahnkrypten in den Höhlenboden hinein; mit der Eruption sinkt jedoch der Höhlenboden nach unten, so dass sein tiefstes Niveau zwischen den Zahnwurzeln und unterhalb des Niveaus des Nasenbodens zu liegen kommt. Oft bleiben die drei Abtheile getrennt durch Leisten oder Septa, die in extremen Fällen das Dach erreichen und nur durch ein kleines Loch perforirt sein können. Diese Leisten liegen stets zwischen den Wurzeln nebeneinander liegender Zähne und sind gegen die Aussenwand hin gerichtet. Es fanden sich ausgesprochene Septa bei 30 von 45 Europäer- und bei 2 von 20 Negerschädeln. Andere irregulär

angeordnete Leisten tragen Canäle für Gefässe oder Nerven. Horizontale Septa sind weniger häufig und beruhen auf einer Ausdehnung einer Siebbeinzelle.

Nach Verlust der Zähne oder infolge chronischer Alveolarabscesse kann der Höhlenboden sehr verdickt und erhöht werden. Bei den anthropoiden Affen variiren die Sinus sehr an Ausdehnung, jedoch scheinen sie da am grössten, wo die grösste Kraft der Stimmbildung vorhanden ist.

A. J. WRIGHT.

35) **K. B. Canfield. Die submucöse Resection der lateralen Nasenwand bei chronischem Empyem von Antrum, Siebbein und Siebbeinhöhle. (The submucous resection of the lateral nasal wall in chronic empyema of the antrum ethmoid and sphenoid.)** *Journal American Medical Association. 3. October 1908.*

Die Operation kann in verschiedenen Etappen und zu verschiedenen Zeiten vorgenommen werden, derart, dass die Antrumoperation in der ersten, das Siebbein in der zweiten, die Keilbeinhöhle, wenn nöthig, in der dritten Sitzung vorgenommen wird. Obwohl die Zahl der nach seiner Methode operirten Fälle zu gering ist, so glaubt Verf. doch, dass in vielen Fällen Antrum, Siebbein und Keilbeinhöhle radical freigelegt werden können, ohne Zerstörung der Nasenschleimhaut. Wahrscheinlich muss bei engen Verhältnissen die mittlere Muschel geopfert werden.

EMIL MAYER.

36) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Operative Behandlung chronischer Kieferhöhleneiterungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 498.*

Verf. stellt folgende Punkte auf:

1. Die von mir vorgeschlagene Operation wird am besten unter Localanästhesie ambulatorisch ausgeführt und verlangt keine ärztliche Assistenz.

2. Mit der Durchbohrung des Y-förmigen Canals im Alveolarfortsatz und Entfernung des unteren Theiles der medialen Kieferhöhlenwand ist die Operation oft zu Ende. Enthält die Kieferhöhle reichliche fungöse Massen, so werden dieselben sofort ausgelöffelt.

3. Der Operirende benutzt reflectirtes Licht. Der Patient sitzt mit zurückgebeugtem Kopf. Es wird vom Alveolarfortsatz aus operirt und von der Nase aus nachgeholfen. Die untere Muschel wird unter allen Umständen geschont.

4. Die Nachbehandlung besteht aus wochenlanger Tamponade, Nachschabungen mit dem scharfen Löffel und Aetzungen. Bei den Nachschabungen kann Infiltrationsanästhesie local angewandt werden.

5. Gleichzeitig bestehende Ethmoidalempyme müssen entpuppt und sorgfältig behandelt werden. Dasselbe bezieht sich auf Stirnhöhlenempyeme.

6. Die Bohrer können im Nothfalle durch ähnlich wirkende Trepane ersetzt werden.

7. Die Operation soll von einem Rhinologen und in keinem Falle von einem allgemeinen Chirurgen ausgeführt werden.

Verf. hat 15 Fälle nach dieser Methode operirt. Die einzelnen Details müssen m Original nachgelesen werden.

WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

37) **F. Berini. Behandlung der Oberkiefereiterung durch Punction und Spülung vom unteren Nasengang aus. (Tratamiento de la sinusitis maxillar por la punción y levado á traves del meato inferior.)** *Revista de medicina y cirurgia. No. 8. 1909.*

Verf. empfiehlt auf Grund der von ihm erlangten guten Resultate das Verfahren.

A. J. TAPIA.

38) **Wm. R. Butt. Ein ungewöhnlicher Fall von chronischer Antrumeiterung. (An unusual case of chronic antral suppuration.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

Fall von Syphilis. Die plausibelste Erklärung des Falles ist, dass durch die Erkrankung der linken Kieferhöhle die äussere Wand der linken Nasenhöhle nach innen vorgewölbt wurde durch die Perforation des Septums hindurch, bis sie die Aussenwand der rechten Nasenhöhle erreichte. Die Thatsache, dass zur Zeit der Operation die in beiden Nasenhöhlen aufgefundenen Gebilde nicht miteinander communicirten, erklärt Verf. so, dass da, wo die Passage durch ein Loch im Septum erfolgte, der Sack zusammengeschnürt wurde, so dass das Ganze wie ein Stundenglas gestaltet war und dass später diese Zusammenschnürung sich wieder löste.

EMIL MAYER.

39) **Vassier** (Lyon). **Diagnostischer und therapeutischer Werth der Punction bei der Oberkiefereiterung. (Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction diaméatique dans les sinusites maxillaires.)** *Thèse Lyon. April 1910.*

Einfache Revue; die Punction hält Verf. für das einzig sichere diagnostische Zeichen.

GONTIER de la ROCHE.

40) **Sturmann** (Berlin). **Erfahrungen mit meiner intranasalen Freilegung der Oberkieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Verf. hat, nachdem er seine Operationsmethode in der Berliner laryngologischen Gesellschaft demonstrirt und 1908 in No. 27 der Berliner klin. Wochenschr. beschrieben hatte, die Operation ca. 25 mal selbst ausgeführt. Sie war stets durchführbar, auch bei abnorm engem Nasenloch. Von den 15 Krankengeschichten, über die Verf. verfügt, werden zwei ausführlich wiedergegeben.

Alle 15 Fälle sind geheilt, bei 12 war eine Controle nach Monaten möglich: die Heilung war nach dieser Zeit andauernd; es befanden sich schwer und chronisch erkrankte, complicirte Eiterungen unter diesen Fällen. Die Behandlungsdauer hat sich in erstaunlicher Weise verkürzt, die ungünstigsten Fälle waren in 6—7 Wochen geheilt, die meisten innerhalb eines Monats.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

41) **Denker. Radicaloperation der Kieferhöhlenentzündung unter Localanästhesie. (L'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique avec anesthésie locale.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 1. 1910.*

Uebersetzung des Vortrages, der von D. in Dresden 1910 gehalten worden ist.

LAUTMANN.



42) **Gerber. Bemerkung zu Ruttin's Arbeit „Zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang".** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 6. 1910.*

43) **Ruttin. Erwiderung auf vorstehende Bemerkung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 6. 1910.*

Prioritätsansprüche Gerber's bezüglich breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus mit primärer Naht, Gegenöffnung im mittleren Nasengang und Schonung der unteren Muschel. Erwiderung Ruttin's, dass die von ihm erwähnte Neuerung nicht in dem Principe der Erhaltung der unteren Muschel, vielmehr in der Art und Weise deren Erhaltung beruhe, und dass für ihn bei seiner Mittheilung über die Methode der Eröffnung vom unteren Nasengange aus keine Veranlassung bestand, die Gerber'sche Methode der Eröffnung im mittleren Nasengang besonders zu erwähnen. Wenn andere Autoren die Gerber'sche Methode mit „Stillschweigen" übergingen, so fände dies vielleicht darin seine Erklärung, dass sie — gleich Ruttin — die Anlegung einer Oeffnung an so hochgelegener Stelle für unzweckmässig hielten.

HECHT.

44) **E. Tövölgyi** (Budapest). **Operirter Fall eines Kieferhöhlenempyems.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1910.*

Verf. hat erst die untere Muschel resecirt und nach 8 Tagen die Kieferhöhle von der Fossa canina eröffnet. Die Operation dauerte 2 Stunden lang in localer Anästhesie, mit der Nase wurde breite Communication verschafft, die orale Wunde primär vernäht.

POLYAK.

45) **J. A. Dickson. Dauertroicart für das Antrum. (In situ antrum trocar.)** *The Laryngoscope. Mai 1910.*

Das Instrument ist so construirt, dass es zu diagnostischen Zwecken gebraucht oder für täglich vorzunehmende Ausspülungen in der Höhle gelassen werden kann.

EMIL MAYER.

46) **Okounoff. Hypertrophie der hinteren Rachenmandel. (Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne postérieure.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 1. 1910.*

Das wäre also schon eine 5. Mandel im Waldeyer'schen Schlundring. Soviel aus der Schilderung ersichtlich, handelt sich sich um Heruntersteigen der adenoiden Wucherungen bis in den Mundpharynx oder besser gesagt, um ein besonders starke Hypertrophie der Pharynxgranulationen. Es ist jedem von uns schon passirt, die adenoiden Wucherungen sozusagen vor unserer eigenen Nase liegen zu sehen, ohne daran zu denken, dass diese besondere Form der Wucherungen einen besonderen Namen verdiene. Wahrscheinlich ist das die Ursache, warum in der Literatur bisher nicht viel hierüber aufzufinden

LAUTMANN.

47) **Gawrilow. Einfluss der Vergrösserung der Rachentonsille auf das Gehör. (Wlijanie uwelitschnija glototschnoi mindalini na sabelewanija ucha.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. 1909.*

Der Inhalt ist bereits kurz bei dem Bericht über den ersten allrusssischen Congress für Oto-Laryngologie wiedergegeben.

P. HELLAT.

48) **H. Warnecke** (Hannover). **Wann soll die Hyperplasie der Rachenmandel operirt werden?** (Aus dem Grenzgebiet zwischen Orthodontie und Oto-Rhinologie.) *Zeitschr. f. zahnärztliche Orthopädie. 4. Jahrg. Heft 9.*

W. führt die Schädigungen der Rachenmandelhyperplasie an und warnt, mit der Operation auf die Spontanrückbildung bis zur bezw. in der Pubertät zu warten, denn eine nennenswerthe Spontanrückbildung bei wirklichen Vergrösserungen der Rachenmandel tritt nicht ein.

Der Oto-Rhinologe soll die Fälle von Rachenmandelhyperplasie mit Zahn- oder Kieferdeformitäten zum Zahnarzt schicken, aber erst nach der Rachenmandeloperation, der Zahnarzt soll die deformirten Fälle zum Rhinologen schicken, aber vor der Zahn- bezw. Kieferregulirung.

SALZBURG.

49) **Compaired. Soll man bei der Adenotomie anästhesiren? (Doit-on faire l'anesthésie dans l'adénotomie?)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXXI. No. 1. 1910.*

Um auf die von ihm gestellte Frage zu antworten, wartet C. bis zum Schluss der Arbeit, wo er sagt: Mit Rücksicht auf die Raschheit, mit der die Adenotomie gemacht werden kann, den unbedeutenden Schmerz, den die Operation verursacht, die Gefahr, dass Blut und Adenoide in den Larynx fallen können, soll man ohne allgemeine Anästhesie operiren. Man kann es dann schwer begreifen, wie Compaired es dazu gebracht hat, über 2000 Adenotomien unter allgemeiner Anästhesie auszuführen. Seit 1901 operirt eben Compaired wie es scheint unter allgemeiner Anästhesie, und das wäre eben die Antwort auf seine Frage.

Als allgemeines Anaestheticum empfiehlt Compaired das Somnoform. Mit demselben hat er bisher noch keinen bemerkenswerthen üblen Zufall erlebt. Es ist auch schon von anderer, namentlich zahnärztlicher Seite das Somnoform für kurzdauernde Anästhesien empfohlen worden und scheint thatsächlich die Mortalität desselben eine verschwindende zu sein. Allerdings so wie Compaired die Anästhesie ausübt, dürfte sie ungefährlich bleiben, nur so lange man dieselbe nicht weiter treibt, als bis zur Halbanästhesie mit erhaltenen Reflexen, an der es sich Compaired genügen lässt.

LAUTMANN.

50) **A. Meyer** (Berlin). **Ueber nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 251. 1910.*

M. sah bei einem 35jährigen Kaufmann, dem die Rachenmandel entfernt worden war, noch grosse adenoide Reste intranasal an der vorderen Keilbeinfläche zwischen Septum und mittlerer Muschel. Erst nach Entfernen dieser nasalen Fortsätze wurde die Nasenathmung frei.

OPPIKOFER.

51) **A. Rejtö** (Budapest). **Zwei geheilte Fälle von hämophiler Nachblutung nach Entfernung von adenoiden Vegetationen.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1910.*

Die dysthrombotische schwere postoperative Blutung stand in beiden Fällen nach subcutaner Injection von 20 ccm Antidiphtherieserum.

POLYAK.

c. Mundrachenhöhle.

52) **H. Fuchs. Ueber correlative Beziehungen zwischen Zungen- und Gaumenentwickelung der Säugerembryonen.** *Zeitschr. f. Morphologie u. Anthropol. Bd. 13. H. 1.*

Bei den Embryonen der Säuger ist die Zunge bereits sehr gross und im Besitze einer wohlausgebildeten Spitze bzw. freier vorderer Hälfte zu einer Zeit, da das Innenskelett grösstentheils erst im Vorknorpelstadium und erst an ganz wenig Stellen bereits auf der Stufe des Jung- oder reifen Hyalinen Knorpels ist; bei den Embryonen von Reptilien hingegen ist sie in der gleichen Zeit noch recht klein und entbehrt einer Spitze oder freien vorderen Hälfte noch vollständig; die Bildung einer freien Spitze beginnt hier erst, wenn das Innenskelett bereits vielfach aus fertigem hyalinen Knorpel besteht; und die Spitze ist noch gering entwickelt bei Embryonen, bei denen nicht nur das Knorpelskelett und auch schon die Deckknochen wohl entwickelt sind, sondern das Knorpelskelett sogar schon in der Ersetzung durch Knochen begriffen ist.

J. KATZENSTEIN.

53) **M. Scheier** (Berlin). **Zur Physiologie des Schluckacts.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 4. S. 115. 1910.*

Die vorliegende Arbeit ist eine Ergänzung zu der kurzen Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft vom 27. Mai 1910 (Centralbl. f. Laryngol. 1910. S. 394).

Scheier hat bereits früher den Schluckmechanismus mit Hülfe der Röntgenstrahlen am Fluorescenzschirm studirt und seine diesbezüglichen Beobachtungen veröffentlicht.

Bei der Schnelligkeit des Schluckactes ist es aber nicht möglich, am Röntgenschirm die Stellung der sämmtlichen Organe, die sich am Schluckact betheiligen, auf einmal in Augenschein zu nehmen; zudem kann die Beobachtung auch des einzelnen Organes recht schwierig sein. In den letzten Jahren hat nun die Röntgentechnik bedeutende Fortschritte gemacht; es ist gelungen, die Expositionszeit wesentlich abzukürzen. Dadurch wurde es dem Verf. möglich, den Schluckact, der blitzschnell vor sich geht, photographisch mittelst der Röntgenstrahlen aufzunehmen und auf geeigneten Bildern den Bismuthbissen auf seinem Wege von der Mundhöhle in die Speiseröhre zu verfolgen. Die Expositionszeit dauerte bei den letzten Aufnahmen $^1/_{50}$—$^1/_{100}$ Secunde. Zum Schlucken wurde zuweilen eine Oblate von Bismuthum carbonicum (0,2—0,3 g) gegeben.

Verf. zeichnet in eine Skizze ein alle die einzelnen Halsorgane, welche auf dem Negativ sichtbar sind und deren Stellung beim Schluckact in Betracht kommt. Bei Beginn des Schluckens liegt der horizontale Theil des weichen Gaumens über der Ebene, die man durch den harten Gaumen sich gezogen denkt, und legt sich mit einem convexen Bogen in den Nasenrachenraum hinein. Bei guten Negativen

sieht man auch deutlich, wie der Passavant'sche Wulst sich vorwölbt. Wenn der Bissen am Kehldeckel ankommt, so ist das Gaumensegel schon wieder erschlafft. Deutlich sichtbar ist auch der Kehldeckel, der in dem Augenblicke, wo der Bissen in die Gegend des Kehlkopfes kommt, nach hinten herabklappt und den Eingang zum Kehlkopf verschliesst.

Am deutlichsten sieht man die Bewegungen des Gaumensegels bei erwachsenen Leuten, bei denen der Nasenrachenraum weit und die Halsmuskulatur nicht stark entwickelt ist. Die Lage der Zunge lässt sich am besten beobachten bei Individuen, bei denen einzelne Molaren fehlen. Auch ist es von Vortheil, die Beobachtungen an Männern über 40 Jahre anzustellen, da dann der grösste Theil des Schild- und Ringknorpels verknöchert ist.

Dass es nicht leicht ist, auf der Röntgenplatte die Lage und Gestalt der einzelnen Organe beim Schluckact richtig zu deuten, und es deshalb grosser Uebung bedarf, darauf macht Sch. ausdrücklich aufmerksam. Auch bekommt man eine grosse Reihe von Fehlaufnahmen. So bezeichnet Verf. nur 10 seiner Aufnahmen als gut gelungen; drei derselben werden in der Arbeit, die sich vorläufig mehr nur mit der Aufnahmetechnik beschäftigt, wiedergegeben.

Auf die Ergebnisse seiner Untersuchungen gedenkt Sch. erst in einer späteren Arbeit einzugehen, wenn die Resultate an einer noch grösseren Reihe von Personen vervollständigt sind.

OPPIKOFER.

54) **v. Frey** (Würzburg). **Der laugige Geschmack.** *Physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 3. November 1910.*

Der laugige ebenso wie der metallische Geschmack verschwindet beim Verschliessen der Nase und wird wieder wahrgenommen beim Oeffnen der Nase. Dies führte den Vortragenden zu dem Schluss, dass der laugige Geschmack nicht durch den Geschmacksinn, sondern durch den Geruchsinn wahrgenommen wird und auf diesen erst nach der Berührung mit den Wänden der Mundhöhle wirkt. Auf Grund weiterer Versuche wird geschlossen, dass durch die Wirkung der Bakterienflora des Mundes auf die abgestossenen Epithelien der Mundschleimhaut organische Basen entstehen, welche durch den Anstoss durch eine stärkere Base frei und durch den Geruchsinn wahrgenommen werden. Dabei ist zu beachten, dass die Versuche von einer gewissen Wärme abhängig sind, dass die alkalischen Lösungen in Bezug auf die Geruchschwelle nicht überschwellig und unterschwellig sind, dass das Wasser der Lösungen selbst keinen Geschmack hat (durch Kochen etc.) uud dass andere Gerüche nicht den laugigen stören dürfen.

SEIFERT.

55) **Tommaso Mancioli. Die Radiographie für die Diagnose einiger Mundkrankheiten. (La radiografia nella diagnosi di alcune malattie della bocca.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della Università di Roma. 1909.*

Es handelt sich in den drei Fällen, die Verf. mittheilt, um Trismas, Abscess des Zahnfleisches und Neuralgien, hervorgerufen durch abnorm gewachsene Zähne, die durch Röntgenuntersuchung festgestellt wurden.

CALAMIDA.

56) **Snoek. Ulcero-membranöse Stomatitis bei Ehegatten. (Stomatite ulcéro-membraneuse conjugale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 16. 1910*

Fall von professioneller schwerer Stomatitis mercurialis in Form einer gewöhnlichen ulcero-membranösen Stomatitis bei einem Mann, welcher dieselbe per oscula colombina seiner Frau mitgetheilt hatte, bei welcher sie sich an einen loc. minoris resistentiae nämlich neben einem schmerzhaften kranken Backenzahn localisirte.

BAYER.

57) **Leriche** (Lyon). **Resection des Unterkiefers wegen adhärirender Drüsen infolge eines mittels Radiotherapie behandelten Lippenkrebses. (Resection du maxillaire inférieur pour une adenopathie adhérente consécutive à un cancroide de la lèvre traité par la radiethérapie.)** *Lyon médical. No. 27. 3. Juli 1910.*

Einige Röntgensitzungen genügten, um das an der Unterlippe links sitzende Cancroid zu heilen und ein Jahr später einen anderen rechts sitzenden Tumor. Diese Behandlung hatte jedoch keine Wirkung auf den Drüsentumor. Verf. erhebt gegen die Methode den Vorwurf, dass sie den chirurgischen Eingriff verzögert und erschwert.

GONTIER de la ROCHE.

58) **Tixier** und **Alamartine** (Lyon). **Leucoplasisches Epitheliom der Zunge bei einer Frau. (Epithéliome leucoplasique de la langue chez une femme.)** *Lyon médical. 9. October 1910.*

Der Fall ist interessant vom ätiologischen Gesichtspunkt aus. Die 57jährige Patientin leugnete syphilitische Infection und zeigte auch keinerlei sonstige Anzeichen einer specifischen Erkrankung, dagegen rauchte sie viel (50 g Tabak täglich) seit ihrem 11. Lebensjahre. Sie hatte auch die Gewohnheit, ihre Leucoplasie mit Argentum nitricum zu ätzen.

GONTIER de la ROCHE.

59) **De Witt Stetten. Exstirpation eines pharyngo-ösophagealen Pressionsdivertikels. (Exstirpation of a pharyngooesophageal pressure diverticulum.)** *N. Y. Medical Record. 18. December 1909.*

Bericht über den Fall eines 68jährigen Mannes. Durch vorhergehende Gastrostomie wurde die Gefahr der Operation herabgesetzt; es wurde dadurch ermöglicht, den Sack vorher zu entleeren und zu reinigen, ein verhältnissmässig aseptisches Operationsfeld zu schaffen und den Patienten nach der Operation zu ernähren. Auch wurde dadurch die Gefahr einer periösophagealen Phlegmone und einer Mediastinitis posterior vermieden.

EMIL MAYER.

60) **R. W. Marsden** und **C. Powell White. Ein eigenthümlicher Tumor des Gaumens. (A peculiar tumor of the palate.)** *The Medical Chronicle Manchester. April 1910.*

Bei einer 37jährigen Frau wurde ein glatter, elastischer, haselnussgrosser Tumor hinter der Schleimhaut auf der linken Seite des harten Gaumens gegenüber dem ersten Molarzahn entfernt. Der Tumor war schmerzlos, 9 Monate lang gewachsen und liess sich leicht ausschälen. Histologisch bestand der Tumor aus tubulösen und cystischen Räumen, die in verschiedenen Theilen Blut, nadel-

förmige Crystalle und Corpora amylacea enthielt. Die Hohlräume waren ausgekleidet durch eine oder mehrere Lagen von Plattenepithelzellen, von denen eine Lage aus cubischen Zellen bestand. Diese schienen in die strahlenförmigen Zellen des Stromas hinabzuragen. Die Stromazellen waren an einigen Stellen hyalin. In einigen von den cystischen Räumen fanden sich intracystische Geschwülste. Es wurde angenommen, dass der Tumor ein Cylindrom war. Die Histologie wird durch ausgezeichnete Microphotographien veranschaulicht. A. J. WRIGHT.

61) **M. H. Richardson. Totalexstirpation des unteren Pharynx wegen Epitheliom mit permanentem Oesephagostoma. (Total exstirpation of the lower pharynx for epithelioma with permanent esophagostoma.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. November 1908.*

Der Fall, der bei der Operation sehr wenig hoffnunsvoll aussah, befindet sich seit 1902 wohl. Die Ernährung geschieht durch einen Oesophagusschlauch.

EMIL MAYER.

62) **Goris. Pharyngotemporalfibrom. (Fibreme pharyngo-temporal.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 4. 1910.*

Fibrom, dessen Ausgangsstelle das Pterygoido-basilarperiost bildete, von wo aus es sich durch die Pterygomaxillarspalte in die Fossa temporo-zygomatica ausbreitete. Beschreibung der mühsamen Operation. PARMENTIER.

63) **F. Phinizy Calhoun. Bericht über die Entfernung zweier Pharynxtumoren (Fibrom und Lymphom) mit Unterbindung der Carotis externa in einem Fall. (The report of the removal of two pharyngeal tumors [fibroma and lymphoma] with the ligation of the external carotid in one case.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

In dem ersten Falle — dem Fibrom — wurde die Ligatur der Carotis nicht gemacht, weil der Vater des Patienten dagegen Einspruch erhob; Verf. meint, dass bei ihrer Vornahme die Blutung und auch die Gefahr eines Recidivs erheblich geringer gewesen wäre.

Im zweiten Fall geschah die Entfernung des Lymphoms fast ohne Blutung. Die excessive Blutung bei Entfernung der Tonsillen in demselben Fall erklärt Verf. durch das Vorhandensein einer anormalen aus der Carotis interna stammenden Tonsillararterie, die infolge Unterbindung der Carotis externa mit Blut überfüllt war. EMIL MAYER.

64) **John R. Winslow. Ein Fall von primärer Tuberculose des Rachens, der Gaumen- und Zungentonsille, geheilt durch Tuberculininjection. (A case of primary tuberculosis of the fauces, posterior pharynx and palatal and lingual tonsils, cured by tuberculin injection.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

An dem Fall sind zwei Thatsachen hervorstechend: erstlich zeigt er den Werth der Tuberculinbehandlung bei localisirten tuberculösen Affectionen, ferner die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose aller geschwürigen Processe in der Mundrachenhöhle.

EMIL MAYER.

65) **E. Mancioli. Ein Fall von Tetanus, beginnend mit Localisationen im Rachen und an der Zunge. (Un caso di tetano iniziatosi con localizzazioni alle fauci e alla lingua.)** *Atti di Clinica Oto-Rino-Laringologica di Roma. 1909.*

22jährige Frau, die über ein seit dem vorhergehenden Tage allmählich zunehmendes Gefühl der Zusammenziehung im Halse klagt, über Schwere der Zunge, so dass sie schlecht sprechen kann; dagegen besteht keine Unmöglichkeit zu schlucken, noch den Mund gut zu öffnen. In der Beweglichkeit des Larynx und Pharynx findet sich nichts Anormales, dagegen zeigte sich die Zunge, die von der Patientin ohne Schwierigkeit herausgestreckt wurde, rigide, contrahirt, von Knochenhärte.

Am folgenden Tage traten die tetanischen Symptome auf und in zwei Tagen erfolgte der Exitus.

CALAMIDA.

66) **Joseph S. Gibb. Einige Beobachtungen über die vollständige Exstirpation erkrankter Gaumentonsillen. (Some observations upon the complete extirpation of the diseased faucial tonsil.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Cfr. Verhandlungen der 35. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Boston Juni 1909.

EMIL MAYER.

67) **B. J. Gibb. Hyperpyrexie und Tod nach Tonsillectomie. (Hyperpyrexia and death after tonsillectomy.)** *The Canada Lancet. October 1909.*

Der Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, das zwei Tage nach der Operation starb. Verf. meint, es wäre möglich, dass in der Mandel ein hochgradig toxisches Material war, das eine Septikämie verursachte.

EMIL MAYER.

68) **Notiz des Herausgebers. Tonsillectomie wegen Rheumatismus. (Tonsillectomy for rheumatism.)** *N. Y. Medical Record. 20. November 1909.*

Die Tonsillen brauchen keinerlei oberflächlich sichtbare Veränderungen zu zeigen und doch, wenn man sie entfernt, tiefsitzende eitrige Entzündung in ihnen. Aus diesem Grunde wird gerathen, in jedem Falle von acutem Rheumatismus sogleich eine totale Entfernung der Mandeln vorzunehmen, wonach prompt die Gelenkerscheinungen zurückgehen sollen. Man soll sich durch keine Bedenken abschrecken lassen, die Tonsillectomie im acuten fieberhaften Stadium des Rheumatismus sofort vorzunehmen.

EMIL MAYER.

69) **J. A. Pratt. Die ideale Tonsillectomie. (The ideal tonsillectomy.)** *N. Y. Medical Journal. 2. April 1910.*

Verf. löst zuerst mit einem gekrümmten Tonsillenmesser, dessen Spitze stumpf ist, die Mandel von dem vorderen Gaumenbogen ab. Er beschreibt genau, wie dies zu geschehen hat. Der scharfe Theil des Messers schneidet stets gegen die Mundrachenhöhle, während die stumpfe Spitze längs des M. constrictor superior gleitet, so dass auf diese Weise kein Schaden angerichtet werden kann. Die weitere Ausschälung wird dann mit dem Finger gemacht, bis auf die Basis der Tonsille, die fester adhärent ist und wo die Arteria tonsillaris und Aeste der A. lingualis eintreten. Dann wird die Tonsillenzange angelegt, wobei darauf geachtet

werden muss, dass weder der vordere noch der hintere Gaumenbogen gefasst werden. Dann wird die Schlinge über die Zange geführt und so fest zusammengezogen, dass die Blutgefässe comprimirt, die Tonsille jedoch nicht durchtrennt wird; sie wird 5 Minuten so liegen gelassen und dann kann die Tonsille ohne Blutung entfernt werden.

EMIL MAYER.

70) **Samuel S. Whillis** und **Fred. C. Pybus. Die Enucleation der Tonsillen mit der Guillotine. (The enucleation of tonsils with the guillotine.)** *Lancet 17. September 1910.*

Die Entfernung der Tonsille in der Kapsel geschieht in einem oder mehreren Stücken. Es wird ein Instrument vom Typus des Mekenzie'schen benutzt; durch Druck mit dem Finger auf den unteren Theil des vorderen Gaumenbogens wird die Tonsille in das Instrument hineingepresst und dieses dann langsam geschlossen.

A. J. WRIGHT.

d. Diphtherie und Croup.

71) **H. Unterberg. Diphtherie vom neurologischen Standpunkt. (Diphtheria from the neurological standpoint.)** *St. Louis Medical Review. April 1910.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Serumtherapie auf die Entwickelung der Lähmungen keinerlei Einfluss übt.

EMIL MAYER.

72) **V. Nicolai. Chronische Nasendiphtherie bei einem Syphilitiker. (Difteria nasale cronico in sifilitico.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. September 1910.*

Verf. betrachtet die locale Infection der Nasenhöhle in dem von ihm berichteten Fall als den Ausdruck einer abgeschwächten Diphtherieinfection, die zu einem Ulcerationsprocess an den Knochen der unteren Muscheln bei einem infolge Syphilis eine verringerte Resistenz aufweisenden Individuum geführt hat.

Der Fall bietet insofern ein besonderes Interesse, als er zeigt, dass nicht nur luetische Processe zu Knochenzerstörungen führen können, sondern dass auch in Fällen von chronischer Diphtherie solche zu Stande kommen, wenn durch besondere Bedingungen — wie hier die Syphilis — ihre Entwickelung begünstigt wird.

CALAMIDA.

73) **Escat** (Toulouse). **Gaumensegellähmung nach latenter gutartiger, nur auf die Nasenhöhlen localisirter Diphtherie. (Paralysie velo-palatine secondaire à une diphtérie latente insidieuse et benigne strictement localisée aux fosses nasales.)** *Le Larynx. No. 5. 1909.*

Wenn man, sagt der Verf., an die Möglichkeit einer Gaumensegellähmung vom Typus der postdiphtherischen ohne jede Diphtherieinfection gedacht hat, so hat man nicht die Pharynxdiphtherien ohne Bildung von Pseudomembranen und vor allem nicht die nur auf die Nasenhöhlen beschränkten Diphtherien in Rechnung gezogen.

Verf. citirt zwei Beobachtungen unter 32 Fällen von Nasendiphtherie, die er beobachtet hat, wo nach gutartiger Nasendiphtherie Gaumensegellähmungen eintraten.

GONTIER de la ROCHE.

74) **E. P. Walton Smith. Vaccinebehandlung der Diphtherie. (Vaccine treatment of diphtheria.)** *Australasian Medical Gazette. October 1910.*

S. räth zur Anwendung einer autogenen Vaccine, hergestellt aus dem Pharynx und injicirt in Fällen, wo sich die Diphtheriebacillen noch finden, nachdem der Patient augenscheinlich geheilt ist. Er berichtet über einen so behandelten Fall. Die Bacillen verschwanden aus dem Halse nach der zweiten Injection.

A. J. BRADY.

75) **Molitor. Vergleich der Tracheotomie mit der Intubation bei der Behandlung des Croup. (Comparaison entre la trachéotomie et l'intubation dans le traitement du croup.)** *Archives Méd. Belges. August 1910.*

Der Autor vergleicht der Reihe nach das Instrumentarium für beide Operationen, untersucht die Nachtheile und üblen Zufälle während der Einführung der Tube oder Canüle und während ihres Verweilens in den Luftwegen, stellt die klinischen Indicationen fest und bespricht endlich im letzten Theil seiner Arbeit deren Nachtheile in Bezug auf Alimentationen, sowie ihre unmittelbaren und entfernteren Folgen. Bekanntes.

BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **O. Körner. Ein Fall von beiderseitiger Kehlkopf-, Zungen- und Lippenlähmung mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zum Rosenbach-Semon-schen Gesetz.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. LXI. Heft 3 u. 4. S. 317. 1910.*

Ein 50 Jahre alter Zimmerer kam am 3. August 1909 zur Behandlung mit der Klage, dass er 6—7 Wochen vorher heiser und allmählich stimmlos geworden sei. Bei der Untersuchung fielen starke fibrilläre Zuckungen in der ganzen Zunge beim Herausstrecken derselben und in der Ruhe auf. Die Zungenbewegungen waren langsamer, als in der Norm. Die Stimme war fast tonlos. Die Stimmlippen berührten sich beim Intoniren nur an den Spitzen des Proc. vocal. post., dahinter klafften sie in Form eines gleichseitigen Dreiecks, davor in der Form eines in der Mitte 3 mm breiten Spaltes. Bei der Athmung war die Stimmritze von normaler Gestalt und Weite. Es bestand demnach beiderseits Internus-Transversus-Lähmung. Gleichzeitig bestand Parese des M. orbicularis oris: Patient konnte nicht pfeifen. Die Articulation war langsam. Es wurde beginnende progressive Bulbärparalyse vermuthet.

Erst nach 8 Monaten konnte Patient wieder untersucht werden: er war 19 Wochen arbeitsunfähig gewesen, fühlte sich aber dann wieder gesund; er konnte wieder pfeifen, die fibrillären Zuckungen in der Zunge waren schwächer geworden, an Stelle der Aphonie war eine geringe Heiserkeit getreten. Aus der starken Parese der Interni und des Transversus war eine leichte Parese dieser Muskeln geworden; bei der Athmung bewegten sich die Stimmlippen normal.

Nach weiteren $6^1/_2$ Wochen war die Kehlkopflähmung nur noch angedeutet, die fibrillären Zuckungen der Lippe noch geringer geworden. Die Zunge war — jedoch erst bei starken Strömen — mit dem faradischen und constanten Strome erregbar.

Ein Jahr nach Beginn der Erkrankung schlossen die Stimmlippen beim Intoniren völlig, die fibrillären Zuckungen waren auf die Ränder beschränkt, aber nur in den ersten Secunden nach dem Herausstrecken der Zunge, nicht in der Ruhelage.

Es handelte sich also nicht um progressive Bulbärparalyse, wie vermuthet war, auch nicht um Pseudobulbärparalyse, sondern um einen sogen. bulbären Symptomencomplex mit Ausgang in Heilung, um eine periphere Neuritis in den Gebieten des Hypoglossus, des Facialis und Vagus. Eine Ursache für die Neuritis liess sich nicht feststellen.

„Wenn wir — sagt Verf. — die Kehlkopflähmung in unserem Falle als Folge einer beiderseitigen Neuritis nervi vagi auffassen, so verstossen wir damit bewusstermaassen gegen das sogenannte Rosenbach-Semon'sche Gesetz, denn dieses kennt als Folge jeder progressiven peripheren wie bulbären Vagusschädigung nur Posticuslähmungen, die entweder als solche bestehen bleiben oder allmählich in eine Lähmung aller vom Vagus, bezw. von dessen Ramus recurrens versorgten Muskeln übergehen. Unser Kranker litt aber nicht an einer solchen „typischen" Kehlkopflähmung, sondern an einer Parese der beiden M. thyreo-arytaenoidei interni und des unpaarigen M. interarytaenoideus transversus. Die rechtgläubigen Anhänger des Rosenbach-Semon'schen Gesetzes werden also die Internus-Transversus-Parese nicht als durch eine organische Nervenschädigung verursacht ansehen, sondern für ein rein functionelles oder ein rein myopathisches Leiden halten."

J. KATZENSTEIN.

77) **J. W. Gleitsmann** (New-York). **Chordectomie wegen bilateraler Abductorenlähmung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Die Abductorenlähmung war anscheinend infolge bulbärer Erkrankung entstanden. Da der Patient sich weigerte, zeitlebens eine Canüle zu tragen, so war die Chordectomie indicirt. Besondere Sorgfalt wurde auf Excision an der vorderen Commissur und am hinteren Ende verwandt und ein Theil des Processus vocalis exstirpirt. Bald trat ausreichende Athmung ein und ebenso gut vernehmbare Sprache durch Uebernahme der Stimmbandfunction von Seiten der Taschenfalten.

Nach dreiwöchigem Wohlbefinden stellten sich infolge von Granulationsbildungen von neuem Respirationsbeschwerden ein. Nach extralaryngealer Excision und Curettage trat Pneumonie auf, die zum Exitus führte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

78) **Tapia. Betrachtungen über die bulbären Kehlkopflähmungen mit Rücksicht auf einen Fall von beiderseitiger Lähmung des Nervus laryngeus superior et hypoglossus. (Considérations sur les paralysies laryngées d'origine bulbaire à propos d'une cas de paralysie bilatérale du laryngé sup. et de l'hypoglosse.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXX. No. 2. 1910.*

Es handelte sich um eine beiderseitige Lähmung mit Atrophie der Zunge, um beiderseitige Lähmung des Gaumens. Der Kehlkopfbefund war folgender: Die Athmung ist ruhig, die beiden Erweiterer des Stimmbandes functioniren gut. Während der Phonation berühren sich die beiden Stimmbandfortsätze der Aryknorpel;

daraus schliesst T., dass die beiden Musculi crico-arytaenoidei laterales functioniren. Die beiden Stimmbänder bleiben schlaff und die beiden Aryknorpel berühren sich nicht, daher nimmt T. an, dass die beiden Mm. ary-arytaenoidei nicht functioniren. Hierzu kommt noch vollständiger Verlust der Sensibilität. Ausserdem verschluckt sich der Patient. Ueber den Puls ist nichts gesagt. Das Mediastinum scheint nicht untersucht. Eine Autopsie ist nicht gemacht worden. Trotz aller Lücken in der Argumentation kann man mit dem Autor annehmen, dass es sich um eine pontine Lähmung handelt mit Befallensein der Hypoglossuskerne und der Faserkerne des Laryngeus superior. LAUTMANN.

79) **J. Broeckaert** (Gent). **Ueber Recurrensparalyse.** *Beiträge zur Anat., Phys., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 3. S. 443. 1910.*

Die vorliegende Arbeit ist ein Auszug aus einer grösseren 1909 erschienenen Monographie des Verf.'s: Les paralysies récurrentielles, Bruxelles 1909. Das ausführliche Referat dieser Monographie findet der Leser im Centralbl. f. Laryngol. Bd. 26. S. 190. 1910. OPPIKOFER.

80) **Grabower** (Berlin). **Bemerkungen zur centralen Kehlkopfmuskellähmung und zum Rosenbach-Semon'schen Gesetz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Die Ausführungen Grabower's wenden sich gegen die Anschauung Körner's (Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 56 und Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, Wiesbaden 1909, bei Bergmann), dass die centralen Kehlkopfmuskellähmungen nicht unter das Rosenbach-Semon'sche Gesetz fallen. Degenerationen im Nucleus ambiguus selbst zeigte bisher nur ein Fall (v. Reuss). Nach Anschauung des Verf.'s ist derselbe im Gegensatz zur Anschauung Körner's ganz nach der Semon'schen Regel verlaufen. Es hatte im Anfang eine doppelseitige Posticuslähmung bestanden, daraus wurde eine Recurrenslähmung und dann wieder eine bis zum Lebensende bestehende Posticuslähmung. Neuerdings ist noch ein zweiter sehr instructiver Fall mit Kerndegeneration hinzugetreten (Valerie Wyscheslawtzewa: Inaug.-Dissert. Berlin 1909. S. 73ff).

Es handelte sich um einen Tabiker mit schwerer doppelseitiger Recurrenslähmung. Durch mikroskopische Untersuchung mit der Nissl'schen Methode wird erhebliche pathologische Veränderung des Nucleus ambiguus beiderseits nachgewiesen. Fast in jedem Präparate sind die Ganglienzellen erheblich geschädigt.

Auf Grund der beiden angeführten Fälle von Lähmung mit Kerndegeneration und anderer Fälle, welche Degenerationen in den Vaguswurzeln aufwiesen, ist nach Ansicht des Verf.'s die Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes aus centraler Ursache sichergestellt.

Indem Verf. die Hypothese aufstellt, dass im bulbären Kern eine isolirte, auf eine Anzahl Ganglienzellen sich erstreckende Vertretung für den Posticus und eine solche, auf andere Ganglienzellen sich erstreckende für die Adductoren vorhanden sei, ferner dass erstere an Zahl geringer seien als letztere, findet er einen Stützpunkt für die Anwendbarkeit des Semon'schen Gesetzes in dem Verhalten der Fälle von v. Reuss und Wyscheslawtzewa. Denn im Falle von Reuss —

doppelseitige Posticuslähmung — zeigte sich nur eine Anzahl von Kernzellen degenerirt. Die nicht degenerirten müssen als Ursache für die vorhandene Leistungsfähigkeit der Adductoren in Anspruch genommen werden. Im zweiten Falle — doppelseitige Recurrenslähmung — waren in dem distalen Abschnitte des Nucleus ambiguus sämmtliche Ganglienzellen hochgradig geschädigt. Hier waren eben die bulbären Centren für beide Muskelgruppen functionsunfähig. Die Geltung des Gesetzes von der grösseren Vulnerabilität des Posticus für centrale Schädigungen hält Verf. demnach für wahrscheinlich, wenn auch noch nicht für erwiesen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

81) **A. Kuttner** (Berlin). **O. Körner's Stellung zur Recurrensfrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Verf. versucht die Behauptung Körner's, dass „heutzutage an der Richtigkeit des zuerst von Rosenbach bekannt gegebenen und von Semon besser begründeten ersten Theils dieses Gesetzes, der sich allein auf den Vagus-Recurrensstamm bezieht, kein Zweifel mehr besteht, dass dagegen der zweite Theil dieses Gesetzes, die Semon'sche Erweiterung desselben auf die bulbären Kehlkopflähmungen unhaltbar ist“, in allen Theilen zu widerlegen.

Zunächst erkennt Kuttner eine Analogie der Erkrankungen des Recurrens- und Oculomotoriuscentrums, wenn sie vielleicht für den Stamm dieses Nerven möglich wäre, im Gegensatz zu Körner nicht an; dazu liegen beim Oculomotoriuscentrum die einzelnen Kerne zu weit auseinander, während sie beim Recurrens dicht bei einander liegen. Somit könne man die Unregelmässigkeit der Reihenfolge der Augenmuskellähmungen bei Erkrankungen des Oculomotoriuskerns nicht mit der Reihenfolge der Kehlkopflähmungen bei Erkrankungen des Recurrenscentrums in Parallele ziehen.

Dann versucht Kuttner die Behauptung Körner's, bei den acuten wie bei den chronischen Erkrankungen des Recurrenscentrums in der Medulla oblongata entsprächen die klinischen Erscheinungen häufig nicht der Semon'schen Lehre, durch genauere Detaillirung derjenigen Fälle, auf die sich Körner stützt, zu widerlegen.

Zum Schluss meint Kuttner, wenn Körner mit seiner Behauptung Recht behalten solle, dass alle tabischen Kehlkopflähmungen peripherischen Ursprungs seien, so würde dies zwar ein wichtiges Beweismoment für Semon ausschalten, aber in keiner Weise gegen die Rosenbach-Semon'sche Lehre zeugen.

Bisher giebt es aber unter den Fällen von Kehlkopflähmung bulbären Ursprungs keinen einzigen, der das Semon'sche Gesetz klar und eindeutig widerlegt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

82) **Joseph C. Roper. Ein Fall von Glottisödem als Complication von Nephritis bei einem 5 Jahre alten Kind. (A case of edema of the glottis complicating nephritis in a child five years of age.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Das Kind wurde mit in- und exspiratorischer Dyspnoe in das Hospital aufgenommen. Culturen aus dem Halse blieben negativ. Allmähliche Herzschwäche,

Exitus am nächsten Morgen, ohne dass Cyanose aufgetreten war. Bei der Autopsie fand sich ein ausgesprochenes Larynxödem; die linke Niere war hochgradig atrophirt, die rechte zeigte ausgesprochene parenchymatöse Veränderungen. Kehlkopf und Stimmbänder zeigten mässiges entzündliches Exsudat, aber keine Membran, in der Tiefe bestand Rundzelleninfiltration.

LEFFERTS.

83) **Molinié** (Marseille). **Acutes unteres Kehlkopfödem. (Oedème inférieur aigu du larynx.)** *Le Larynx. September 1910.*

Der Fall betrifft eine 42jährige Frau, die nach einige Tagen anhaltenden vagen Schmerzen in der Kehlkopfgegend und allgemeinem Unwohlsein plötzlich asphyctisch wird. Man findet eine enorme Schwellung des rechten Aryknorpels und der rechten ary-epiglottischen Falte. Tracheotomia inferior. Bald entdeckte man im Larynx eine weissliche Membran; die Untersuchung ergab, dass es keine Diphtherie war. Dieser Belag dehnte sich längs der hinteren Pharynxwand bis zur Mandel aus. Die bakteriologische Untersuchung blieb negativ. Erst nach 99 Tagen wurden kurze Diphtheriebacillen gefunden. Serumbehandlung, Heilung. Verf. glaubt, dass in diesem Fall die Diphtherie erst secundär war.

GONTIER de la ROCHE.

84) **B. Jereslaw** (Loslau, S.-S.). **Behandlung der Larynxtuberculose mit Marmorek's Antituberculoseserum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 15. 1909.*

Bericht über 12 in der Heilstätte Loslau behandelte Fälle. Von diesen erführen geringe Besserung 3, leidliche Besserung 5, wesentliche Besserung 3 Fälle; einer wurde geheilt. Daraufhin empfiehlt Verf., das Mittel weiter zu versuchen.

ZARNIKO.

85) **Max Senator** (Berlin). **Behandlung der Larynxtuberculose mit Marmorek's Antituberculoseserum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20. 1909.*

Verf. giebt zu bedenken, ob die Erfolge, über die Jereslaw berichtet, lediglich dem Marmorek'schen Serum oder nicht vielmehr anderen gleichzeitig einwirkenden Factoren (Entfernung aus dem Beruf, Schonung der Stimme, diätetisches Verhalten, Aufenthalt im Freien u. a. m.) zu verdanken seien.

ZARNIKO.

86) **Th. Janssen** (Davos). **Zur Therapie der Kehlkopftuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Sonnenlichtbehandlung. Ein neuer practischer Sonnenspiegel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1909.*

Die bekannte Sonnenlichtbehandlung hat sich in der deutschen Heilstätte in Davos gut bewährt. Der Spiegel des Verf.'s ist, nach der Abbildung zu urtheilen, ein einfacher, in der Höhe verstellbarer Rasirspiegel.

ZARNIKO.

87) **L. Reinhold. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose. (Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.)** *Dissert. Paris 1908.*

R. empfiehlt die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose: bei befriedigendem Allgemeinzustand die Cauterisation oder die Zange, bei Schluckschmerzen die Amputation der Epiglottis und bei starker Stenose die Tracheotomie.

OPPIKOFER.



88) **Portella. Die Heilbarkeit und die Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Curabilité et traitement de la tuberculose laryngée.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXX. No. 1. 1910.*

Diese Arbeit stellt ein Referat vor, das der Autor für den letzten Spanischen Oto-Rhino-Laryngologencongress auszuarbeiten hatte. Als solches stellt es eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Frage vor und ist für Nichtspecialisten sicherlich eine interessante Lecture. Da der Autor sich bemüht hat, seine persönlichen Erfahrungen über die Frage so gut als möglich zu unterdrücken, kommt der Leser auch nicht in Gefahr, in irgend einem Sinne beeinflusst zu werden. Für Specialisten ist es allerdings eine Lecture, wie sie gerade über dieses Capitel zu Dutzenden zu finden ist. Und nichtsdestoweniger ist die Frage für unser tägliches Handeln von solchem Interesse, die Unklarheit, die über fast alles, was die Klinik und Behandlung der Larynxtuberculose anlangt, so gross, dass es ein stiller Wunsch aller Laryngologen ist, einmal wieder ein Werk zu lesen, das auf breiter Beobachtung von Kranken fundirt ist, die Wiedergabe eigener reicher Erfahrung darstellt und nicht eine Compilation einiger couranter Meinungen. LAUTMANN.

89) **Massier. Zwei Fälle von Heilung der Kehlkopftuberculose durch die Schweigecur. (Deux cas de guérison de tuberculose laryngée par le repos absolu de l'organe.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXX. No. 2. 1910.*

Im ersten Falle handelte es sich um einen 52jährigen Mann mit schwerer Lungentuberculose (Bacillen im Auswurf). Die Epiglottisränder sind leicht infiltrirt. In der vorderen Commissur 3—4 Wucherungen von Erbsengrösse, auf dem rechten Stimmband in der Nähe der vorderen Commissur eine kleine Ulceration. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 48jährigen Mann, ebenfalls an Lungentuberculose leidend, bei dem nur das linke Stimmband erkrankt war, zur Zeit fanden sich eine weizenkorngrosse Wucherung auf dem vorderen Theil des Stimmbandes, während der hintere Theil desselben ulcerirt war. Merkwürdigerweise sind beide Patienten nicht in Nizza, wo sie sich Massier zuerst vorgestellt haben, genesen, sondern der eine nach einer Reise in die Krim, der andere nach einem Aufenthalt in der Schweiz. Beide gaben an, eine vollständige Schweigecur beobachtet zu haben. LAUTMANN.

90) **Hütter** (Wien). **Zur Klinik und Therapie der Larynxtuberculose.** (Nach einem Vortrage.) *Wiener klin. Rundschau. No. 27ff. 1910.*

H. betont ausdrücklich, dass in den weitaus meisten Fällen die Larynxtuberculose secundär auftritt, dass ferner Anstaltsbehandlung jedenfalls der ambulatorischen vorzuziehen ist, sobald auch nur geringe Temperatursteigerungen vorkommen; er fand keine Correspondenz im Grade der Erkrankung des Larynx und der Lungen. Bei Besprechung der Therapie spricht sich der Vortragende gegen die plan- und oft wahllose Pinselung, Einblasung und Einträufelung aus und betont in sehr beherzigenswerther Weise die Nothwendigkeit, den erkrankten Kehlkopf möglichst ruhig zu stellen. Sehr gute Resultate sah er von den chirurgischen und galvanokaustischen Eingriffen, sowie in 2 Fällen von der Bacillenemulsion; nach

der dritten Injection von 0,00001 mg Bacillensubstanz trat bei einem lange und hochfiebernden Phthisiker vollständige und dauernde Entfieberung ein.

HANSZEL.

91) **O. Seifert** (Würzburg). **Beitrag zur Amputation der tuberculösen Epiglottis.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 103. 1910.*

In 3 der 5 Fälle war die Tuberculose auf den Kehldeckel beschränkt. Zur Entfernung desselben empfiehlt S. die Alexander'sche Guillotine. Schmerzen und Blutung sind gering.

In einem Falle war die linguale Schleimhautfläche des Kehldeckels gesund. sie blieb zufällig bei Entfernung des Kehldeckels erhalten und bildete einen gesunden Schleimhautlappen, der den Epiglottisrest bedeckte und so die rasche Heilung begünstigte.

OPPIKOFER.

92) **Karl Lundb. Ueber den Nachweis von Tuberkelbacillen im Larynxschleim. (Om Paavising af Tuberkelbaciller i Larynxslim.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 3. 1910.*

Verf. hat bei 66 Sanatorienpatienten ohne Auswurf Tuberkelbacillen im Larynxschleim gefunden.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

93) **Richard H. Johnston. Eine einfache Methode zur Untersuchung des Kehlkopfes bei Kindern. (A simple method of examining the larynx in children.)** *Journal of the American Medical Association. März 1909.*

Die Untersuchung geschieht auf dem Operationstisch; dem Kinde wird ein Kissen unter den Kopf gelegt, um das Kinn zu flectiren. Der Operateur tritt an die linke Seite des Tisches. Jackson's Kinderlaryngoskop — nicht das spatelförmige Speculum — wird dann eingeführt. Das Verfahren ist eine Combination der Mosher'schen Position und des Jackson'schen Instruments; es ist sowohl der Extensionslage bei Benutzung desselben Speculums, wie dem Mosher'schen Instrument bei Flexion überlegen.

EMIL MAYER.

94) **Richard H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Direct Laryngoscopy.)** *The Lancet Clinic. 8. September 1909.*

Die Kinder werden auf dem Tisch mit einem Kissen unter dem Kopf untersucht. Verf. benutzte früher Jackson's Kinderspeculum, bedient sich aber eines modificirten Instruments (angefertigt von F. Arnolds and Sons). Der verticale Theil des Handgriffs ist abgeschnitten und kann mittels einer Schraube befestigt und abgenommen werden. Das modificirte Instrument lässt sich leichter handhaben als das alte, weil es kürzer ist und kein Drainagerohr enthält. Bei Kindern kann die Untersuchung ohne Narkose gemacht werden; Verf. hat so eine Anzahl Kinder im Alter von 14 Monaten bis 6 Jahren mit befriedigendem Resultat untersucht.

EMIL MAYER.

95) **Richard H. Johnston. Extension und Flexion bei der directen Laryngoskopie; eine vergleichende Studie. (Extension and Flexion in direct laryngoscopy; a comparative study.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

Fast alle Erwachsenen können im Sitzen bei halbextendirter Haltung unter

Cocainanästhesie untersucht und behandelt werden. Die Extensionshaltung bei Allgemeinnarkose ist schwierig. Die Flexionsstellung ohne Narkose ist die einfachste Methode zur Untersuchung des kindlichen Kehlkopfes in der Mehrzahl der Fälle. Für die wenigen Erwachsenen, die anders nicht operirt werden können, ist die Flexionsstellung in Narkose die beste Lösung der Schwierigkeit.

EMIL MAYER.

96) **S. H. Mouson. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign body in the larynx.)** *Cleveland Medical Journal. Juni 1910.*

6 Monate altes Kind; seit 3 Monaten Athembeschwerden, besonders Nachts, und leichter Husten. Es wurde die Adenotomie gemacht, danach Zunahme der Dyspnoe, jetzt von ausgesprochen inspiratorischem Charakter. Anamnestisch war von einem Fremdkörper nichts zu eruiren. Tracheotomia inferior; Bronchopneumonie, Exitus. Bei der Autopsie fand man oberhalb des ersten Trachealrings nach oben bis zum Ringknorpel reichend eingebettet in Schleim ein Metallstück.

EMIL MAYER.

97) **H. Dencker** (Frankfurt). **Ein Fremdkörper im rechten Sinus piriformis, Tuberculose resp. Tumor vortäuschend.** *Zeitschr. f. Largngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 247. 1910.*

Bei dem 51jährigen Landwirth bestanden Heiserkeit und Schluckbeschwerden seit 6 Wochen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine hochgradige Schwellung der Hinterwand des Larynx und der Taschenbänder, namentlich rechts. Mehrmalige Probeexcisionen aus der Schwellung am rechten Taschenband und rechten Aryknorpel verschafften keine sichere Diagnose. Eines Tages wurde plötzlich nach vorhergegangenem starkem Hustenreiz der Fremdkörper zwischen Epiglottis und Hypopharynx sichbar: 3,5 cm langes und 3 mm breites viereckiges Holzstück.

OPPIKOFER.

98) **Broc** (Tunis). **Drei Fälle von Blutegeln im Kehlkopf. (Trois cas des sangsues dans le larynx.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXX. No. 4.*

In allen 3 Fällen waren die Blutegel auf der laryngealen Seite der Epiglottis fixirt. Die Thiere gelangten mit dem Trinkwasser in den Kehlkopf der Patienten, die, der Landessitte folgend, das Wasser des Sumpfes tranken. Die Patienten expectoriren reichlich Blut und können sehr anämisch werden. In einem Fallo wurde der Parasit 3 Wochen beherbergt.

LAUTMANN.

99) **Collet** (Lyon). **Ueber temporäre Tracheotomie wegen tracheo-bronchialer Fremdkörper. (De la trachéotomie temporaire pour corps étrangers trachéobronchiques.)** *Lyon Médical. No. 41. 9. October 1910.*

Verf. hat sein jedem mit den Schwierigkeiten der Endoskopie nicht vertrauten Arzte zugängliches Verfahren in 5 Fällen erprobt. Es besteht einfach darin, dass nach Einführung der Canüle jederseits die Incisionswunde durch ein paar Nähte vereinigt wird. Folgendes seien die Vorzüge: Leichtigkeit der Blutstillung; Leichtigkeit, Instrumente in die glatte und klaffende Oeffnung einführen zu können, die es gestattet, die Wiedereinführung der Canüle auch unerfahrenen

Händen anzuvertrauen; Leichtigkeit der Inspection der Trachea mit einem gewöhnlichen Ohrenspiegel. GONTIER de la ROCHE.

100) A. **Ephraim** (Breslau). **Zur Technik der oberen Bronchoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Verf. benutzt zur Anästhesirung der Trachea einen abgebogenen Spray, den er unter Leitung des Spiegels zwischen den unempfindlich gemachten Stimmlippen in den oberen Theil der Trachea einführt; auch die Bronchien werden mit Sprays unempfindlich gemacht, und zwar haben diese eine Länge von 35 cm. Als Anaesthetica dienen Alypin und Novocain. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **Springer. Ueber die Technik und Bedeutung der Laryngoskopie.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 21. October 1910,) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 46. 1910.*

Demonstration einschlägiger geheilter Fälle. HANSZEL.

102) **Della Valle. Fremdkörper im rechten Bronchus. Extraction. Heilung. (Corps étranger de la bronche droite. Extraction. Guérison.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXX. No. 2. 1910.*

Die Bronchoskopie scheint dem Autor nicht unbekannt zu sein, wenigstens erwähnt er dieselbe. Die Extraction ist ihm jedoch nach vorhergehender Tracheotomie durch blindes Zufassen mit einer Zange glücklich gelungen. LAUTMANN.

103) **Menzel. Fremdkörper im Bronchus.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 22. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1910.*

Entfernung eines Zweihellerstückes aus dem Anfangstheile des rechten Hauptbronchus mittels directer oberer Bronchoskopie nach Killian. Der Fremdkörper machte, radioskopisch betrachtet, ausgiebige Schluckbewegungen mit.

HANSZEL.

104) **Otto C. Gaub. Bronchoskopische Unterstützung bei Eröffnung der Brusthöhle. (Bronchoscopic aid in thoracotomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Die Lunge, welche bei Eröffnung der Pleurahöhle sonst collabirt, kann durch das Bronchoskop mit Sauerstoff gefüllt, wieder entleert, partiell gefüllt gehalten werden etc., je nachdem es der Bronchoskopiker auf Befehl des Chirurgen beabsichtigt. Verf. hat seine Versuche am Hunde gemacht; er ist jedoch sicher, dass die bei breiter Eröffnung der Pleurahöhle vorkommenden respiratorischen und circulatorischen Störungen vermieden oder beeinflusst werden können und dass bei weiterem Ausbau der Methode die Eröffnung der Brusthöhle nicht mehr Gefahren bringen wird, als die der Bauchhöhle. EMIL MAYER.

105) **E. Fletcher Ingals. Röhrenspeculum für den Larynx. (Open tube laryngeal speculum.)** *Journal of the American Medical Association. 8. Mai 1909.*

Das Instrument wurde angegeben, um die Einführung des Bronchoskops zu erleichtern oder um es für die directe Laryngoskopie für Diagnose oder für Operationen anzuwenden. Der Handgriff ist im rechten Winkel an dem Instrument angebracht. Die Röhre ist an der einen Seite offen, so dass das Instrument nach

Einführung des Bronchoskops leicht herausgezogen werden kann. Das Licht wird längs einer Schutzrinne eingeführt, so dass es bei operativen Maasnahmen nicht im Wege ist.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

106) E. Mayerle. **Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels bei künstlichem Hyperthyreoidismus.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 71. Heft 1 u. 2.*

Die Wirkungen des künstlichen Hyperthyreoidismus äussern sich in einem gesteigerten Stickstoffumsatz, vermehrter Ausscheidung von Wasser und stark erhöhter Fettverbrennung.

J. KATZENSTEIN.

107) F. K. Walter. **Schilddrüse und Regeneration.** *Archiv f. Entwickelungsmechanik. Bd. 31. Heft 1. S. 91.*

Nach totaler Thyreoidectomie tritt eine vicariirende Hypertrophie des postbranchialen Körpers ein. Hieraus erklärt sich das relativ nicht unbedeutende Regenerationsvermögen der Nervenstämme bei diesen Thieren. Andererseits zeigt die unaufhaltsam fortschreitende, zum Tode führende Cachexie, dass der Schilddrüsenausfall durch diese nicht ersetzt werden kann.

J. KATZENSTEIN.

108) Jasper Halpenny. **Die Beziehung zwischen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (The relation between the thyroid and parathyroids.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. Mai 1910.*

Verf. hat eine Anzahl von Untersuchungen angestellt, um die Angaben verschiedener Autoren über die Function der Parathyroiddrüsen und ihre physiologischen Beziehungen zur Schilddrüse nachzuprüfen. Ihre Schlussfolgerungen lauten dahin, dass es viele Fälle giebt, wo eine muthmaassliche vollständige Entfernung der Nebenschilddrüsen keine Tetanie im Gefolge hat und dass eine Parathyreodectomie nicht fataler ist, als eine Thyreo-Parathyreodectomie, dass der histologische Bau der Schilddrüse nach der Parathyreodectomie sehr ähnlich dem der Nebenschilddrüse nach der Tkyreodectomie ist. Die Veränderungen in der Hypophysis nach Thyreodectomie gleichen denen der Parathyreodectomie. Alles dies spricht für eine enge Beziehung zwischen den beiden Drüsen; die eine ist mehr oder minder im Stande, die Function der anderen zu übernehmen.

EMIL MAYER.

109) Tixier und Alamartine (Lyon). **Schilddrüsenkrebs. (Cancer thyroidien.)** *Lyon Médical. No. 43. October 1910.*

Es handelt sich um ein Carcinom, das sich in einem seit 30 Jahren bestehenden Kropf bei einer 47jährigen Frau entwickelte. Der carcinomatöse Kern war noch eingekapselt.

GONTIER de la ROCHE.

110) Delore und Alamartine (Lyon). **Massives Carcinom der Schilddrüse mit Basedow-Symptomen; Hemithyreodectomie, postoperatives Myxödem. (Cancer massif du corps thyroide avec Basedowisme; hémithyreoidectomie de décompression, myxoedème postopératoire.)** *Lyon Médical. No. 31. 31. Juli 1910.*

Bei einem 31jährigen Mann entwickelt sich sehr schnell ein Carcinom beider

Schilddrüsenlappen und des Isthmus nebst begleitenden Drüsen. Der Patient bietet alle Symptome des Basedow. Der Kehlkopf ist verdickt, ödematös geschwollen, es besteht aber keine Recurrensparalyse. Verff. entfernen unter Infiltrationsanästhesie die linke Hälfte des Tumors, legen die Trachea durch Schnitte in den Tumor frei. Einige Tage darauf zeigen sich alle Anzeichen des acuten Myxödems; dieses wird mit Erfolg durch Schilddrüsenpräparate behandelt. 17 Tage nach der Operation erlag der Patient einer Bronchopneumonie. Die Untersuchung des Tumors ergab eine atypische Neubildung, die fast alle Drüsenelemente zerstört und ersetzt hatte.

Verff. machen folgende epikritische Bemerkungen: Der Basedow ist wenigstens in solchen Fällen mehr die Folge eines Dysthyreoidismus, als eines Hyperthyreoidismus, da hier die secernirenden Elemente in hohem Grade rareficirt sind. Die partielle Thyreoidectomie, wie sie hier vorgenommen wurde, ist unendlich weniger gefährlich als die Tracheotomie und häufig weniger schwer.

GONTIER de la ROCHE

111) **Holmgreen. Ueber den Einfluss der Basedow'schen Krankheit und verwandter Zustände auf das Längenwachsthum nebst einigen Gesetzen der Ossification.** *Nord. Med. Arch. Heft 2. No. 3. 1910.*

In Strumagegenden macht sich ein Einfluss in der Richtung einer Vermehrung der Anzahl Grosswüchsiger geltend. Die Hyperthyreose ruft wahrscheinlich ein längeres Wachsthum hervor und lässt Individuen entstehen, deren definitive Körperlänge das Durchschnittsmaass übersteigt. Mädchen im Pubertätsalter mit Symptomen von Hyperthyreose sind grosswüchsig, frühzeitig menstruirt mit Struma, Tachycardie und Tremor.

J. KATZENSTEIN.

112) **Hoton. Der Schilddrüsenrheumatismus. (Le rhumatisme thyroidien.)** *Archives méd. Belges. No. 2. 1910.*

Der Schilddrüsenrheumatismus ist charakterisirt durch rheumatische Manifestationen verschiedener Art, die sich für die Behandlung mit Thyreoidin eignen und vergesellschaftet mit Störungen der Gl. thyreoidea auftreten. Der Autor bespricht eingehend die Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie und Pathogenie dieser Affection, deren Beobachtung der Neuzeit angehört (die erste Andeutung derselben rührt von Sergent aus dem Jahre 1894 her), indem er sich auf die Veröffentlichungen darüber stützt.

BAYER.

113) **Flieg** (Zürich). **Ein Beitrag zur Kenntniss des Morbus Basedow.** *Schweizer ärztl. Mittheilungen. Heft 10. Zürich 1910.*

Eine ziemlich eingehende Studie aus der inneren Universitätsklinik. Ausser den bekannten Symptomen hebt Verf. die Veränderung der Athmung hervor, Beschleunigung und Abflachung der Athmungscurven, Unregelmässigkeit der Grösse und Form der einzelnen Erhebungen, sowie streckenweise ganz oder fast ganz ausgeprägte Athmungspausen. Den Lufthunger nach Kocher fand er in einigen Fällen. Fast immer liess sich Abnahme des Leitungswiderstandes für galvanischen Strom (Vigouroux) nachweisen. Seltener zeigte sich das Einknicken der Beine (Charcot), Astasie, Abasie, starke Pigmentirung der Haut, Verminderung der polynucleären Leukocyten; Lymphocytose.

Die Aetiologie wird vom Verf. als unklar bezeichnet. Die Sympathicus-hypothese trete wieder in den Vordergrund. In überraschend vielen Fällen, bis zu 95 pCt., wird neuerdings die vergrösserte Thymus beschuldigt, und die Basedowkranken sollen mit Thymustod enden.

Als Therapie bewähre sich am besten die physikalische Diätetik. Die Strumektomie heile sehr wenige Fälle im Sinne einer restitutio ad integrum.

Vergleicht man diese Ergebnisse einer inneren Klinik mit denjenigen chirurgischer Kliniken, so erwachen beinahe religionsphilosophische Erinnerungen.

JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

114) **A. Lambotte** (Antwerpen). **Ueber chirurgische Behandlung der Oesophagus-stenosen. (A propos du traitement chirurgical des sténoses oesophagiennes.)** *Annales de la Société Belge de Chirurgie. No. 6 u. 7. 1910.*

L. hat seit 1894 in 48 Fällen von einfachen oder neoplastischen Oesophagusstenosen chirurgische Eingriffe vorgenommen. Bei den a) nicht neoplastischen Verengerungen wähle man die Osophagotomia cervicalis mit Einführung einer liegenbleibenden Sonde oder Bougie und b) bei den neoplastischen Verengerungen, die 43 seiner Fälle ausmachen, wo der Tumor 3 mal in der mittleren Partie der Speiseröhre, 41 mal an der Cardia sass, nahm er in 25 Fällen die Gastrotomie vor. Die Cervicalösophagotomie mit Einlage einer Caoutchoucröhre in 4 Fällen hat ihm kein gutes Resultat ergeben.

In 12 Fällen führte er die Operation nach Roux aus (die Oesophagojejunogastrotomie). In drei Fällen attaquirte er direct die cardiogastrischen Tumoren.

BAYER.

115) **S. Guiraud. Ueber dio Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerung. (Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements cicatriels de l'oesophage)** *Dissert. Montpellier 1909.*

Die beiden Fälle von Speiseröhrenverengerung, die Verf. mittheilt, waren Folgen von Verätzung, betrafen Erwachsene und wurden durch allmähliche Dilatation geheilt.

OPPIKOFER.

116) **Gebarski. Demonstration eines mit Strictura oesophagi behafteten Kranken, der mittelst Fibrolysineinspritzungen und Erweiterung mit Dilatation behandelt wurde. (Lwezenie prezlyku leczonego fibrolizyuon.)** *Pamietnik Pow. Lekarskiego. Tom. CVI. Leseyt III. 1910.*

Der 37 Jahre alte Kranke trank vor 7 Monaten 2 Esslöffel concentrirte Natronlauge, worauf er zwei Tage lang fortwährend sich übergab, häufig mit dunklen Massen; vier Tage lang konnte er keine Flüssigkeiten zu sich nehmen. In den darauf folgenden 2 Wochen begann er schon allmählich Nahrung zu sich zu nehmen, zuerst flüssige, dann versuchte er es mit breiartiger Nahrung, doch bald trat eine Verschlimmerung ein und darauf konnte der Kranke höchstens nur flüssige Nahrung zu sich nehmen und das oftmal mit grosser Schwierigkeit. Vier Monate lang wurde der Kranke ärztlich behandelt und im Laufe der letzten 2 Monate vor seiner

Einlieferung in das Kind-Jesus-Hospital wurde ihm tagtäglich der Oesophagus erweitert, doch gelang es nicht, den Dilatator bis zum Magen durchzubringen. Deswegen wurde dem Kranken angerathen, sich in die chirurgische Abtheilung im Hospital aufnehmen zu lassen, um die Gastrostomie vorzunehmen.

Am 5. März kam er in die Abtheilung des Dr. Chelchowski. Am selben Tage wurde er untersucht. Die dickste Olive reichte bis zu 23 cm, der dünnste Dilatator, den man zur Hand hatte (No. 8 Delamotte's) drang auf 35 cm ein. Sofort begann man mit Fibrolysineinspritzungen und Erweiterungen mittels Dilatatoren. Nach einwöchiger Behandlung (nach 3 Injectionen) begann der Kranke breiartige Nahrung zu schlucken. Bis jetzt wurden dem Kranken 20 Einspritzungen gemacht und man hat soviel erreicht, dass die Delamotte'schen Dilatatoren, bis zu No. 19 inclusive, ganz bequem in den Magen gelangten, der Kranke isst seit 3 Wochen Suppen, Kartoffeln, weiche Eier und seit einer Woche auch Fleisch. Er fühlt sich ganz vorzüglich; an Gewicht hat er 33 Pfund zugenommen. (Vor zwei Monaten, am Tage seiner Ankunft im Hospital wog er 45 kg, jetzt wiegt er 88 kg.)

A. v. SOKOLOWSKI.

117) **J. De Bon. Ueber die idiopathischen Erweiterungen der Speiseröhre. (Contribution à l'étude des dilatations dites idiopathiques de l'oesophage.)** *Dissert. Paris 1909.*

2 Fälle idiopathischer Speiseröhrenerweiterung, deren Zustandekommen sich Verf. durch Cardiospasmus erklärt; unter Behandlung des Cardiospasmus (Katherismus der Cardia) trat einige Besserung ein.

OPPIKOFER.

118) **Emil Mayer. Oesophagusdivertikel. (Oesophageal diverticula.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juli 1910.*

Bei der Untersuchung auf Oesophagusdivertikel sollte das Oesophagoskop zuletzt angewandt werden, da man immer an die Gefahr der Ruptur eines möglicher Weise vorhandenen Aneurysmas denken muss. Bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen kann an Stelle von Bismuth eine mit Schrot gefüllte Tube eingeführt werden. Was die Behandlung betrifft, so soll man sich da, wo das Divertikel nur geringfügige Beschwerden macht, darauf beschränken, es gelegentlich auszuspülen, sowie die Diät zu regeln. Wo jedoch Abmagerung besteht, kann, wenn die Diagnose sicher festgestellt ist, mit Erfolg die Radicaloperation gemacht werden. Ob eine vorhergehende Gastrostomie gemacht werden soll oder nicht, hängt von dem individuellen Fall ab; jedenfalls kann man auf Grund der vorliegenden Erfahrungen behaupten, dass die Operation des pharyngo-ösophagealen Divertikels leicht und sicher vorgenommen werden kann. Aus einer Statistik von Stetten geht hervor, dass von 60 radical Operirten 50 geheilt wurden und nur 10 starben.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) L. Lockard. Tuberculosis of the nose and throat. St. Louis 1909.

Ein gut geschriebenes, ausführliches Lehrbuch über die Tuberculose der Nase und des Halses, das für die reiche Erfahrung des Verf.'s und seine Objectivität ein beredtes Zeugniss ablegt. Besonders wohlthuend berührt die kühle Zurückhaltung, mit der Lockard den radical-chirurgischen Vorschlägen einiger laryngologischer Heisssporne begegnet. Die Literatur, speciell die deutsche, ist weit gründlicher berücksichtigt worden, als das gewöhnlich in amerikanischen Lehrbüchern der Fall zu sein pflegt.

Die practische Anlage des Buches, seine glänzende Ausstattung, die wohlgelungenen farbigen Abbildungen sind mustergültig und könnten vorbildlich für unsere Autoren und unsere Verleger sein. A. Kuttner.

---

d) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XXIV. Sitzung vom 28. November 1909 in Cöln.

Anwesend 47 Mitglieder.

I. Blumenfeld (Wiesbaden): Diät bei Erkrankungen der oberen Luftwege, die mit Fieber und Dyspnoe verbunden sind.

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Eiweissmenge soll bei mittlerem Ernährungszustande im Allgemeinen 100 g möglichst nicht überschreiten.

2. Von den stickstofffreien Nahrungsmitteln sind die leicht resorbirbaren Kohlehydrate zum Theil aus theoretischen Gründen, besonders aber, weil sie leicht einzuführen sind, zu bevorzugen.

3. Die leimgebenden Substanzen stellen neben den schleimigen Nahrungsmitteln ein vorzügliches Mittel dar, um die Nahrungsaufnahme, besonders auch bei Dyspnoe und Dysphagie, zu ermöglichen.

Discussion: Hopmann I (Cöln).

II. Preysing (Cöln): Bemerkungen und Demonstrationen zur Plastik bei und nach Ohroperationen.

Discussion: Voss (Frankfurt a. M.), Vohsen (Frankfurt a. M.), Reinhard (Cöln).

III. Neuenborn (Crefeld): Demonstration mit dem neuen Brünings'schen Apparat zur directen Untersuchung des Kehlkopfs etc.

1. Ein Fall von „Ozaena" der Trachea bei einem 18jährigen Mädchen. Die angeblich bis vor ca. 5 Wochen gesund gewesene Patientin litt an Athemnoth, welche sich zeitweise bis zu Erstickungsanfällen steigerte; es zeigte sich bei der Untersuchung die Trachea mit grünlich schwarzen Borken angefüllt, die von N. mit der Brünings'schen Fremdkörperzange in Stücken bis zu 3 cm Länge und 2—4 mm Dicke entfernt wurden. An den abgelösten Stellen zeigte die Schleimhaut rothe erhabene Plaques. Die Borken hatten den typischen Geruch der Ozaena. Ob Tuberculose oder Lues die Ursache, war nicht nachweisbar.

2. Im zweiten Fall (Larynxtuberculose) wurde mit dem Brünings'schen Laryngoskop ein Ulcus an der Innenseite des Aryknorpels festgestellt, das mit dem Kehlkopfspiegel nicht wahrnehmbar war; das Geschwür ging vom Aryknorpel auf das linke Stimmband über und senkte sich noch ca. 5—6 cm weiter in die Trachea. Behandlung mit Galvanokaustik.

Discussion: Marx (Witten), Preysing.

IV. Hirschland (Wiesbaden): Die Behandlung der Trigeminusneuralgien mittels Schlösser'scher Alkoholinjectionen.

H. hat die Injectionen mit sehr gutem Erfolge in 17 Fällen (30 Injectionen) angewandt (80 proc. Alkohol ohne Cocain und Stovain). Die Schmerzhaftigkeit ist dabei nicht grösser wie bei einem neuralgischen Anfall und treten Recidive erst nach 8—12 Monaten auf. Jedenfalls sollte man, bevor man zu den chirurgischen Methoden (Neurectomie etc.) übergeht, einen Versuch mit den Injectionen machen, mit denen ja auch bei anderen Neuralgien, sowie bei Kehlkopftuberculose (Einspritzung in den N. laryngeus superior) gute Erfolge erzielt werden.

Discussion: Tschötschel (Elberfeld).

V. Voss (Frankfurt a. M.): Operatives Vorgehen bei Schädelverletzungen bei Mitbetheiligung von Ohr und Nase.

V. hält an der Hand von zwei selbst beobachteten Fällen operatives Eingreifen für indicirt bei Infection des Schädelinhalts und bei Hirndruckerscheinungen, ferner bei alten oder frischen Infectionen einzelner Theile von Ohr und Nase, sowie bei Ausfluss von Liquor cerebrospinalis. In Frage kommen hierbei Totalaufmeisselung und Killian'sche Radicaloperation; nach Bedarf selbstverständlich Freilegung der betreffenden Schädelgruben.

Discussion:

Poshorst berichtet über einen durch Operation geheilten Fall von schwerer Felsenbeinverletzung.

Vohsen spricht sich für ein abwartendes Verfahren aus, falls bloss Blutungen aus Ohr und Nase auftreten.

Neuenborn theilt einen Fall von schwerer Schädelverletzung mit Absprengung eines grossen Stückes der Schläfenbeinschuppe mit, der dadurch bemerkenswerth war, dass auf der betreffenden Seite $1/2$ Jahr vorher eine Aufmeisselung wegen acuter Mittelohrentzündung stattgefunden hatte. Heilung durch Operation.

Im Schlusswort erinnert Voss an den Ausspruch von v. Bergmann's: „Der grösste Theil von Schädelbasisfracturen, der nicht seiner ursprünglichen concomittirenden Hirnläsion erliegt, kommt, falls keine Infection hinzutritt, mit dem Leben davon", und bemerkt dazu, dass gerade die Einschränkung: „falls keine Infection hinzutritt", die Veranlassung zu dem jetzt ziemlich allgemein geübten operativen Vorgehen geworden, wodurch die Zahl der Todesfälle beträchtlich vermindert worden ist.

Hopmann II berichtet über einen Fall von Carcinom des Nasenrachenraums, den er gemeinsam mit Schmitz (Duisburg) operirte. Nach einer Probeexcision war die Diagnose Nasenrachenfibrom gestellt worden. Der Patient war 18 Jahre alt. Bei der nach der Methode von Hopmann sen. ausgeführten Ope-

ration zeigte sich, dass eine mächtige derbe Geschwulst, die am Rachendache breitbasig aufsitzt, mit ihren Fortsätzen die rechte Kieferhöhle, sowie die rechte Nasenseite ausfüllt. Der colossale Blutverlust während der Operation führte nachher zum Exitus. Die später vorgenommene pathologisch-anatomische Untersuchung der Geschwulst (Prof. Jores) ergab die Diagnose Carcinom. H. meint, falls diese Diagnose vorher gesichert gewesen wäre und man sich überhaupt zur Operation entschlossen hätte, dürfte selbstverständlich ein anderes Operationsverfahren zu wählen gewesen sein.

Discussion:

Blumenfeld bemerkt, dass bei Tumoren der Nase neben der oft irreführenden Stückchendiagnose auch die klinischen Symptome zu verwerthen seien.

Ferner: Preysing und Hopmann I.

XXV. Sitzung vom 17. April 1910.

I. Keller: Diagnostik der Labyrintherkrankungen.

II. Henrici: a) Trachealer Fremdkörperfall mit letalem Ausgang.

Bei einem 10 Monate alten Kinde wurde eine aspirirte weisse Bohne, die an der Bifurcation sass, nach Tracheotomie mit der Killian'schen Bohnenzange entfernt; ein Versuch, den Fremdkörper in directer Bronchoskopie zu entfernen, war misslungen. Zwei Wochen nach der Operation trat plötzlich aus der Trachea eine ausserordentliche arterielle Blutung auf, der das Kind erlag. Bei der Obduction zeigte sich eine abnorme Gefässverzweigung: eine grosse Arterie, die quer über die Trachea lief, war durch die Berührung mit Trachealrand und Canülenende arrodirt.

b) Kieferhöhlenosteome:

Im ersteren Falle (18jähriger Patient) bestand Verschluss des Thränen-Nasencanals und fast vollkommene Verstopfung der Nase beiderseits. Knochenharte Schwellung im unteren Nasengang, keine Eiterung, Kieferhöhlen bei Durchleuchtung dunkel; Operation (nach Denker) zunächst rechts: ein Kieferhöhlenlumen wurde nicht gefunden, das ganze Gebiet des Antrum Highmori war durch spongiösen Knochen ausgefüllt. Erfolg gut.

Im zweiten Falle von Knochenneubildung (17jähriger Patient) handelte es sich um eine langsam wachsende Geschwulst unter dem linken unteren Augenhöhlenrand dicht neben der Nase; der Tumor (zweitheilig und von Nussgrösse) wurde von aussen freigelegt und erwies sich als eine Vergrösserung der Kieferhöhle durch Ausbuchtung der facialen Wand. H. nimmt an, dass die Geschwulst durch catarrhalische Schwellung der Kieferhöhlenschleimhaut und daraus resultirende Knochenneubildung in der Umgebung der Havers'schen Canäle entstanden sei.

Discussion: Hopmann II, zu a: Demonstration eines Knochensplitters, der auf bronchoskopischem Wege aus der ersten Verzweigung des rechten Hauptbronchus entfernt wurde.

Ferner: Eschweiler, Kronenberg, Goldschmidt.

III. Manasse: Demonstration eines Trachealcarcinoms, welches intra vitam bronchoskopisch diagnosticirt war.

IV. Kronenberg: a) Doppelseitige Recurrenslähmungen.

Im ersten Fall handelte es sich um ein die Speiseröhre total verschliessendes Oesophaguscarcinom als Ursache.

Im zweiten Fall lag ein grosser Mediastinaltumor (Sarkom) vor.

Ferner wurde in einem Falle von Aneurysma asc. aortae nach vorhergegangener Posticuslähmung Hinzutreten von beiderseitiger Recurrenslähmung beobachtet.

b) Demonstration eines Röntgenogramms von Oesophagusstenose, wahrscheinlich verursacht durch Ecchondrose oder Exostose eines Wirbelkörpers.

Discussion: Keller, Henrici.

V. Preysing: a) Demonstration von Warzenfortsatzoperationen.

b) Zwei operirte Kehlkopfcarcinome: 1. Laryngofissur wegen Stimmbandcarcinom: Deutliche Sprache und kein Recidiv (nach 10 Monaten). 2. Ectolaryngeales grosses Carcinom, das Totalexstirpation nothwendig machte (nach Gluck).

P. hält nur zwei Gruppen von Operationen bei Carcinom des Larynx für berechtigt: bei Epitheliomen des Larynx Laryngofissur; bei ausgedehntem, im Uebergangstheil vom Pharynx zum Oesophagus aufsitzendem Carcinom partielle Resection oder Totalexstirpation. Endlich spricht sich P. noch für secundäre Plastik aus.

Discussion: Blumenfeld, Feith, Tschöstschel, Schmithuisen.

VI. Moses demonstrirt eine Cyste von Kirschengrösse, die, ohne grössere Beschwerde zu machen, bei einem 7jährigen Knaben zwischen Epiglottis und Zunge dem Ligamentum glosso-epiglotticum aufsass. Entfernung mit kalter Schlinge ohne nennenswerthe Blutung.

VII. Falk: a) Primäre tuberculöse Mastoiditis.

b) Acute Meningitis infolge einer Infection von einer Verletzung der linken unteren Nasenmuschel ausgehend. Exitus.

c) Fall von pyämischem Lungenabscess im Anschluss an eine acute Otitis media. Rippenresection etc. Heilung.

Discussion: Henrici.

Moses (Cöln).

---

e) Società Italiana di Laryngologia, Otologia e Rinologia.

XIII. Jahresversammlung. Rom, 31. März—2. April 1910.

Vorsitzender: G. Ferreri.

U. Ambrosini (Mailand): 1. Blutende Kehlkopfpolypen mit dem Galvanokauter abgetragen.

A. hat zwei auf den Stimmbandrändern sitzende blutende Polypen erfolgreich mit dem rothglühenden galvanokaustischen Messer abgeschnitten.

2. Ueber die Anwendung der Galvanokaustik im Kehlkopf.

Die Galvanokaustik im Kehlkopf sollte angewendet werden, um erstlich die Gefahr der Blutung zu vermeiden, ferner, wenn die Nothwendigkeit besteht, so viel wie möglich von dem erkrankten Gewebe zu zerstören, ohne auf die Phonation Rücksicht zu nehmen.

Citelli (Catania): 1) Ueber zwei interessante Fälle maligner Neubildungen, einer die Stirnhöhlen und Nasenhöhle, der andere Kehlkopf und Trachea betreffend.

I. Peritheliom mit hyaliner Degeneration, primär in der rechten Stirnhöhle, greift dann auf die linke über und dringt in die rechte Orbita ein. Völlige Abtragung auf externem Wege nach ca. 2 Jahre langem Bestehen.

II. Riesen-Fibrosarkom mit dünnem Stil unterhalb der Commissur sitzend. Exstirpation mittels Laryngofissur; Recidiv nach 4 Monaten; Operation von aussen.

2. Intubation und Tracheotomie bei acuten Kehlkopfstenosen der Kinder.

C. ist davon überzeugt, dass, wenn man die Tracheotomie so oft wie möglich mit der Intubation combinirt und umgekehrt, man in der Praxis die besten Resultate haben wird, da man in vielen Fällen die chronischen Stenosen vermeiden wird, die in grosser Zahl auf die Tracheotomie allein oder die Intubation allein zurückzuführen sind.

3. Die Rachenhypophyse bei den Kindern und ihre Beziehungen zur Rachenmandel und auch zur centralen Hypophyse.

Die Rachenhypophyse bei Kindern ist fast constant; sie stellt also ein normales Organ dar. Sie resultirt aus einem kleinen Strang, der nach vorn und unten gerichtet und in der Medianlinie gelegen ist fast stets in Uebereinstimmung mit den Flügeln des Vomer und dem vorderen Theil des Rachendachs. Ausserdem ist die Rachenhypophyse bei Kindern oberflächlicher als beim Erwachsenen und entspricht oft mit ihrer Mitte oder den hinteren zwei Dritteln ungefähr dem vorderen Drittel der Rachenmandel. In zahlreichen Fällen findet sich ein directer circulatorischer Zusammenhang zwischen Pharynxhypophyse und Pharynxschleimhaut und gewöhnlich ein indirecter zwischen Rachenhypophyse und centraler Hypophyse durch ein auch bei Kindern bestehendes Venennetz im Keilbeinkörper.

Bei Kindern von wenigen Jahren sind die Zellen der Rachenhypophyse fast stets in einem Embryonalstadium; gegen das 8. bis 12. Jahr dagegen sind die Zellelemente ziemlich entwickelt und nähern sich immer mehr denen der centralen Hypophyse. Gewöhnlich ist der Hypophysenstrang gebildet allein von dem horizontalen Theil, der nach vorn der Drüsenschicht nahe kommt oder sie geradezu berührt und nach hinten sich mehr in die Tiefe senkt, bis er mit seinem hinteren Ende das Periost erreicht. In einer beträchtlichen Zahl der Fälle jedoch (35 bis 40 pCt.) hat C. gefunden, dass der horizontale Abschnitt sich nach vorn mit einem verticalen Theil fortsetzt, welcher nach Durchquerung der Drüsen- und lymphatischen Schicht der Schleimhaut das Deckepithel erreicht. Diese verticale Portion endet inmitten des Deckepithels entweder cylindrisch oder conisch mit der Basis nach der Oberfläche zulaufend.

Diese Untersuchungsergebnisse des Redners rechtfertigen oder stützen wenigstens die zuerst von Poppi und dann von ihm selbst geäusserte Vermuthung, dass nämlich ein Theil der bei Adenoiden vorkommenden Störungen toxische Erscheinungen in Folge gestörter Hypophysenfunction darstelle. In diesem Fall würden

nach Ansicht Citelli's die adenoiden Vegetationen einen Einfluss auf die functionelle und anatomische Entwicklung der Rachenhypophyse und mittelbar auf die centrale Hypophyse haben. Die beiden von Poppi ausgedachten Mechanismen würden geradezu im Gegensatz zu dem Resultat seiner Untersuchungen stehen.

Der Hypophysenmechanismus der Adenoiden, sagt C. zum Schluss, wenn er auch nach seinen Untersuchungen sich als möglich erwiesen hat, ist keineswegs sicher; es wäre daher klug, abzuwarten, bis genügend wissenschaftliches klinisches Material vorhanden ist, bevor man es mit Bestimmtheit behauptet.

U. Calamida (Mailand): Vier Fälle von Laryngostomie.

I. 6jähr. Knabe mit chronischer Kehlkopfstenose nach Tracheotomie wegen Diphtherie, erfolglos mit Intubation behandelt. Operation im November 1908; geheilt entlassen März 1909; Heilung besteht seit einem Jahre.

II. 6jähr. Mädchen mit multipeln recidivirenden Papillomen; zuerst per vias naturales operirt, dann tracheotomirt; schliesslich im August 1909 Laryngostomie. Während der Behandlung recidivirten die Papillome hartnäckig, so dass die Kehlkopfschleimhaut mehrere Male völlig abgekratzt werden musste.

III. $4^1/_2$jähriger Knabe, wegen postdiphtherischer Kehlkopfstenose tracheotomirt. Da die endolaryngealen Versuche der Behandlung fehlschlugen, wurde die Laryngostomie im September 1909 gemacht. Befindet sich zur Zeit so, dass er entlassen werden kann.

IV. 20jährige Frau mit Perichondritis postdiphtherica tracheotomirt, dann per vias naturales behandelt. Wurde im Januar 1910 laryngostomirt, athmet zur Zeit frei auf natürlichem Wege, so dass man an eine baldige definitive Heilung denken kann.

A. Canèpele (Bologna): Eine besondere Form von Laryngitis (Chorditis marginalis).

Bei besonderen Kategorien von Personen hat C. eine eigenthümliche Veränderung des Kehlkopfes gefunden, die im Wesentlichen in einer, zuerst vorübergehenden, dann bleibenden Hyperämie des freien Randes der Stimmbänder besteht. Sie bietet folgende Modalitäten:

1. Rosafarbener oder rother längsverlaufender Streifen.
2. Longitudinaler, wenig vom freien Rand entfernt verlaufender Streifen (paramarginaler).
3. Marginaler und paramarginaler Streifen, getrennt durch einen longitudinalen intacten Strich.
4. Verschmelzung der beiden Streifen.
5. u. 6. Marginale und paramarginale Flecken (Residuen) und Verdickungen.

Diese Veränderungen finden sich ausschliesslich 1. bei solchen Personen, die, ohne studirt zu haben, ihre Stimme missbrauchen; 2. bei solchen, bei denen in Bezug auf die Classificirung ihrer Stimme ein Irrthum begangen wurde.

Redner schlägt für diese Affection die Bezeichnung „Chorditis marginalis" vor, er bespricht ihre Aetiologie und Pathogenese auf Grund der anatomischen und physiologischen Bedingungen des Kehlkopfs.

A. Canèpele: Ein Fall von schwerem Kehlkopfsklerom behandelt und geheilt mittelst Laryngostomie.

Der Patient — ein Grubenarbeiter — wurde im März 1908 mittelst Laryngostomie operirt; er ist zur Zeit völlig geheilt. C. macht darauf aufmerksam, dass bisher die Laryngostomie wegen Skleroms nicht gemacht worden war. Dieser ist der zweite derartige Fall; den ersten hatte er auf der Jahresversammlung in Turin 1908 berichtet.

J. Maltese: Ueber einen beweglichen Fremdkörper in der Trachea und einen festgekeilten im Kehlkopf.

Im ersten Fall handelte es sich um einen Kürbiskern, der durch einen Hustenstoss durch die Tracheotomiewunde ausgestossen wurde; im zweiten wurde der Fremdkörper — ein Stück Hühnerknochen — mittelst Laryngofissur entfernt.

Mancioli: Einige seltenere Ursachen der Nasenverstopfung.

1. Eine knöcherne Spina, die 2 cm vom Boden der Nasenöffnung hervorragte. 2. Vorwölbung der äusseren Wand infolge chronischen Highmorhöhlenempyems. 3. Gummi, das den harten Gaumen perforirt hatte.

Gradenigo: Kriterien bei der Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Verwirft die endolaryngeale Methode, glaubt, dass in den angeblich mit ihr geheilten Fällen es sich oft nicht um Carcinom gehandelt habe resp. die Beobachtungszeit zu kurz sei.

Was die Technik der äusseren Operation anbelangt, so zieht G. vor, Tracheotomie und Laryngofissur in einer Sitzung zu machen, die Canüle liegen zu lassen und das Kehlkopfinnere zu tamponiren. Zur Entfernung des erkrankten Gewebes hat G. eine Löffelzange nach dem Modell der Luc'schen Zange zur Entfernung der mittleren Muschel anfertigen lassen.

In Fällen, wo die Laryngofissur nicht mehr zureicht, zieht G. die Totalexstirpation der partiellen Laryngectomie vor.

S. Genta: Ueber nasale Insufficienz und durchgängige Nase.

Egidi: Fälle von Kehlkopfkrebs und Laryngectomie.

Masini: 1. Recidivirende Kehlkopfpapillome seit 20 Jahren.

2. Ueber adenoide Vegetationen.

de Carli: Beitrag zur Oesophagoskopie.

G. Strazza: Ein Knochen im Oesophagus; Unmöglichkeit der Extraction mittelst des Oesophagoskops.

A. Nieddu Semidei (Florenz): Beobachtungen und Betrachtungen über morphologische adenoide Varietät und die Aetiologie der Adenoidenhypertrophie.

Morphologisch, physiologisch und pathologisch hat der Adenoidenträger keine wesentliche Unterschiede gegenüber der ersten morphologischen Combination nach de Giorvanni, er stellt nur eine Varietät derselben dar, bedingt durch das Erscheinen der Adenoidenhypertrophie mit Nasenverstopfung. Bei Betrachtung der

verschiedenen Merkmale der Adenoidenträger giebt Redner eine neue Erklärung für die „Facies adenoidea“, die Form des Gaumens und der Zahnstellung. Er führt sie als Folge der Mundathmung ausser auf den Zug und die Compression der Muskeln auf die Einwirkung der Zunge zurück, nach welcher sie sich bei der Entwicklung von Gaumen und Unterkiefer modelliren. Redner fragt sich, ob bei den Adenoidenträgern nicht die (cardiopulmonare) Atheminsufficienz der primäre sei. Er behauptet, dass beim Studium der Athmung bei Adenoiden man versäumt habe, die Wege des Lufteintritts als eine physiologische Gesammtheit anzusehen und bemerkt, dass die Mundathmung stets in den Fällen von pulmonärer Atheminsufficienz eintritt und dass die Nothwendigkeit der Athemübungen nach Adenoidenoperation ebenso gut durch die Theorie der präexistirenden Lungeninsufficienz sich erklären liesse, als durch die Theorie vom Verlust der nasalen Reflexe. Die Adenoidenhypertrophie könne also durch die Verlangsamung des Athemstroms („todte Räume“) erklärt werden, besonders wenn es sich um Stauung von Luft aus verdorbenem Milieu handelt und mit der verminderten Resistenz gegen Infectionen (häufige Schnupfen) infolge Hypo-Oxyämie.

Durch diese Theorie fänden eine befriedigende Erklärung: Die Epoche des Erscheinens und Verschwindens der Adenoidenhypertrophie; die Beziehung zwischen dieser Hypertrophie und den tellurischen und klimatischen Einflüssen; die Morphologie des Adenoidenträgers; die Thoraxdeformitäten bei Adenoiden; man könnte auch so erklären, warum die angeborene Atresie der Choanen und die Hypertrophie der Muscheln, die in der Pubertät aufzutreten pflegt, nicht bei denen, die solche aufweisen, die Morphologie der Adenoidenträger hervorbringen.

Nieddu Semidei: Gerichtsärztliche Gutachten über Veränderungen des Ohres und der oberen Luftwege bei solchen, die zur Ausbildung als Leiter lenkbarer Luftschiffe und zur Aviatik zugelassen werden wollen.

Redner bespricht die Physio-Pathologie der fliegenden Menschen in Bezug auf das Ohr wie die oberen Luftwege, und setzt schliesslich auseinander, welche functionellen Bedingungen zutreffen müssen.

V. Nicolai: 1. Neuer elektrischer Beleuchtungsapparat (Polyskop).

2. Kurze, dreieckige Intubationscanüle.

N. hat die Canüle so verkürzt, dass sie nicht über den Ringknorpel hinausgeht und hat so den todten Raum vermieden, der zwischen der langen Canüle und der Trachealwand besteht. Er zeigt ferner, dass die ovoidale Form der langen Canülen nicht der dreieckigen Form des Glottislumens entspricht und dass ihr verdickter Antheil Anlass zu Decubitus der Schleimhaut über dem Ringknorpel giebt. Er hat auch den Handgriff des Introductors modificirt; er soll wie ein Pinsel gefasst werden. Dadurch würde die Vornahme der Intubation leichter und delicater; sie würde durch eine Bewegung im Radiocarpalgelenk, anstatt im Ellenbogengelenk gemacht.

3. Chronische Nasendiphtherie bei einem Syphilitiker.

Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Diphtherie-

bacillen mit abgeschwächter Virulenz. Die Beläge verschwanden nach Injectionen und localer Anwendung von Diphtherieserum. Man erfuhr während der Behandlung, dass der Patient vor 7 Jahren Lues acquirirt hatte. Nach Aufhören der Bildung von Membranen zeigte sich, dass die linke untere und mittlere Muschel zum Theil nekrotisch waren. Nach Entfernung der Sequester Heilung. Redner meint, dass die Knochennekrose der Diphtherie zuzuschreiben sei, die bei dem syphilitischen Individuum eine günstige Bedingung für ihre Entwicklung gefunden habe.

4. Carcinom der Nase und des Keilbeins. Operation; Fulguration.

39jährige Frau; sehr langsam sich entwickelndes Carcinom der linken und zur Zeit auch der rechten Nase mit Betheiligung der Keilbeinhöhle. Nach Entfernung des Tumors 25 Sitzungen mit Fulguration. Nach 2 Monaten constatirt man ein kleines Recidiv; Entfernung desselben, neuerliche Fulguration. Heilung.

Die histologische Untersuchung eines nach der zweiten Behandlungsperiode entfernten Gewebsstückchens ergab einen Befund, der an den erinnert, welchen man bei neoplastischen Geweben nach Radiumapplication constatirt.

Redner macht darauf aufmerksam, dass, während der histologische Befund in diesem Fall an hochgradige Malignität denken liess, der klinische Verlauf ein sehr langsamer war.

F. Lasagna (Turin): 1. Ueber vier Kehlkopfkrebse.

Die histologische Untersuchung dieser Fälle hat dem Redner gestattet, einige, die Ursprungsstelle, den Verbreitungsmodus, die Metastasenbildung der Kehlkopfkrebse betreffende Fragen zu erörtern.

2. Die aerobe und anaerobe Flora bei Angina Vincenti.

Auf Grund von Culturversuchen in vier Fällen hat L. feststellen können: 1. Die Anwesenheit verschiedener Formen von Aeroben in der Periode der Geschwürsbildung. 2. Das fast vollständige Verschwinden derselben in den darauffolgenden Perioden. 3. Auftreten — besonders nach der Periode der Geschwürsbildung — des B. fusiformis und der Vincent'schen Spirillen in Symbiose oder isolirt in so grosser Zahl, als ob sie beinahe in Reincultur wären. 4. Die Aeroben werden repräsentirt durch den Staphylococcus, Streptococcus pseudo-diphthericus und Pneumococcus.

Der B. fusiformis konnte von L. allein auf Glykoseagar cultivirt werden in der Form von kleinen grau-gelben, fötides Gas entwickelnden Colonien; Kaninchen in den Mund und unter die Haut geimpft, gab er nur Anlass zur Bildung von fötide riechenden Abscessen, niemals zur Septicämie, noch zum Tode der Versuchsthiere.

Die Vincent'sche Spirille konnte weder cultivirt noch isolirt werden.

3. Ueber einen Tumor der Oberkieferhöhle.

Es handelte sich um einen enormen Tumor, der, seit 2 Jahren bestehend, die laterale obere und hintere Wand zerstört hatte, in Pharynx und Nase eingedrungen war, total entfernt, aber recidivirt war und zum Tode geführt hatte. Der histologischen Beschaffenheit nach hält L. den Tumor für ein Endotheliom.

4. Tonsillen und Lungentuberculose.

L. hat an 42 Cadavern jeden Alters Versuche angestellt. Bei 41 davon gelang es ihm, Färbeflüssigkeit von der Gruppe der oberen tiefen Halslymphdrüsen in den Truncus lymphaticus oder direct in die Vene zu bringen, ohne dass man einen Zusammenhang zwischen diesen Drüsen und den supraclaviculären und zwischen diesen und den thoracischen nachweisen konnte. L. schliesst, dass die normale lymphatische Anordnung den Tuberkelbacillen nicht gestattet, zu den pulmonären Drüsen zu gelangen, sondern nur Allgemeininfectionen zu veranlassen, indem sie direct in den Kreislauf gelangen.

L. hat ferner in 61 Fällen hypertrophische in vivo entfernte Tonsillen mikroskopisch untersucht und in Thiere eingepflanzt, nur einmal constatirte er specifische Veränderungen.

Ferner hat er bei 20 Thieren Tuberkelbacillen in die Tonsillen und in die Halsdrüsen eingebracht; der Tod trat nur in Folge allgemeiner oder intestinaler Erkrankung ein, niemals erkrankten allein die Hals- und Brustdrüsen.

S. Pusateri: 1. Beitrag zum Studium der primären Gaumentonsillensarkome.

Primäres Lymphosarkom der Gaumentonsillen mit Ausbreitung auf die Halsmuskeln und das Rachendach.

2. Ueber den Heilungsprocess der Stirnhöhlen.

P. wollte experimentell den Verlauf der nach der Luc'schen Methode behandelten acuten Stirnhöhleneiterungen studiren, die Modificationen verfolgen, welche die Stirnhöhlenwände eingehen. Aus den Experimenten geht hervor, dass in den Fällen, in denen es nothwendig und klug ist, beim Menschen eine Oeffnung in der Stirnhöhle zu lassen, man im Allgemeinen nach dem 50. Tage mit jeder Behandlung ohne Furcht vor Recidiv aufhören kann.

G. Paludetti: 1. Tumor der Nasenhöhle (Sarkom) bei einem 3jährigen Knaben.

2. Ueber die chirurgische Behandlung der Polysinusitis.

G. Pinaroli (Turin): Ueber die Processe der hyalinen und amyloiden Degeneration in Kehlkopftumoren.

Man sollte nicht von hyalinen oder amyloiden Tumoren, sondern nur von hyaliner resp. amyloider Degeneration in einer bestimmten Neubildung sprechen. Es ist nicht möglich, derartige Processe nach dem klinischen Bilde zu diagnosticiren. P. glaubt an die Möglichkeit der Umwandlung von hyaliner in amyloide Substanz; die Degenerationsprocesse seien nicht an allgemeine Bedingungen geknüpft, sondern seien der Ausdruck einer localen Ernährungsstörung.

C. Poli: 1. Kehlkopfleiden und Schwangerschaft.

Unter Anderem berichtet P. über eine 30 jährige Frau, die ohne bemerkenswerthe Antecedentien, nachdem sie vier normale Schwangerschaften überstanden hatte, während der drei folgenden von schwersten Respirationsstörungen befallen wurde, die bedingt waren durch intensive Congestion der Schleimhaut des Vesti-

bulum laryngis mit Bewegungsbeschränkung der Stimmbänder, reichlicher Hypersecretion. Die Stenosenerscheinungen waren einmal derart, dass der Abort eintrat, ein andermal die Schwangerschaft im 5. Monat unterbrochen werden musste. Mit der Entbindung vergingen die Larynxerscheinungen stets schnellstens.

2. Fibro-Myxom der linken Tonsillarbucht.

P. hält den bohnengrossen Tumor für angeboren.

G. Paludetti: Die Psoriasis des Kehlkopfs. Ihre Coincidenz mit Psoriasis der Haut.

Bei einem 53 jährigen Mann und einer 23 jährigen Frau zeigten sich die Eruptionen im Kehlkopf und auf der Haut gleichzeitig. Bezüglich der Aetiologie glaubt P., dass der erste Fall direct auf Syphilis zurückzuführen sei; den zweiten classificirt er unter die sogenannten idiopathischen.

G. Gavello: 1. Ueber Behandlung der Kehlkopfpapillome.

G. bekennt sich als Anhänger der conservativen Chirurgie, d. h. der Entfernung per vias naturales. Nachdem er über 4 Fälle eigener Erfahrung berichtet, giebt er einen kritischen Ueberblick über die verschiedenen Methoden, setzt die Vorzüge und Nachtheile derselben auseinander und die entsprechenden Indicationen.

Er demonstrirt einige von ihm zur Entfernung per vias naturales angegebene Instrumente.

2. Ueber die Behandlung der chronischen Antrumempyeme mittels der endonasalen Methode.

Auf Grund einer grossen Serie von Fällen empfiehlt G. die Anwendung der Methode von Réthi-Claoué.

Calamida (Mailand).

IV. Briefkasten.

Die neue Hals-Nasenklinik am Städtischen Krankenhause Frankfurt a. M.-Sachsenhausen.

(Director: Prof. Dr. G. Spiess.)

Von Dr. med. Willy Pfeiffer, Privatassistenzarzt.

Zu den Neubauten des Krankenhauses gehört das Carolineum aus der Stiftung von Freifräulein Hanna Luise v. Rothschild, ein dreistöckiger, hufeisenförmiger Bau, in welchem ausser der Zahnklinik, die im Erdgeschoss gelegen ist, die Augenklinik, Ohrenklinik und die Hals-Nasenklinik untergebracht sind.

Die Hals-Nasenklinik nimmt die 3 Stockwerke des einen Seitenflügels ein, nur im I. Stockwerk zu einem kleinen Theil auf den Mittelbau übergreifend.

Die Pläne und Ausführung des Baues lagen in den Händen von Baurath Wilde und Architekt Steinbichler, die allen Wünschen des Directors möglichst zu entsprechen suchten. Es braucht nicht weiter erwähnt zu werden, dass in jeder Hinsicht betreffs Ausbau und Inneneinrichtung der Klinik alle modernen technischen Errungenschaften zur Anwendung gelangten. Private Stiftungen ermöglichten eine reiche Instrumentirung, sowie die Anlage einer vollkommenen Sterilisation und die Anschaffung zahlreicher elektrischer Apparate.

In das erste Stockwerk gelangt man auf einer für die Zahn-, Ohren- und Hals-Nasenklinik gemeinsamen breiten Kunststeintreppe im Mittelbau. Sie ist der Ein-

gang zu der Poliklinik für die Hals- und Nasenklinik, während die Klinik einen eigenen Treppenaufgang besitzt.

Ein langer Corridor, an dem ein elektrischer Personenaufzug gelegen ist und wo zahlreiche Kleiderhaken zur Aufnahme der Garderobe dienen, führt in das geräumige Wartezimmer. Die Bänke sind so gestellt, dass zwei Abtheilungen geschaffen werden, die eine für bereits dagewesene, die andere für neue Patienten. Hier steht ein Actenschrank und Schreibtisch zur Aufnahme der Patienten, verschiedene kleine Wandschränke.

Die neuen Patienten kommen dann in das Untersuchungszimmer des Directors, in dem wir 2 Arbeitsplätze vorfinden, ferner Waschtisch, Ausguss, Abfalleimer, Schreibpult, Ruhebett, fahrbaren Instrumententisch und Gleichstrommotor mit Triebwelle und Ansätzen für Vibrationsmassage, Saugbehandlung, Trephinenbohrung.

Jeder Arbeitsplatz besteht aus einer Cojenwand, Patientenstuhl und Drehsessel für den Arzt.

Die Cojenwand wird gebildet durch ein eisernes Rahmengestell, 150 × 130 cm mit zwei parallelen Wänden im Abstand von 12 cm. Die vordere Wand ist niedriger als die im oberen Drittel verglaste Rückwand, dadurch ist bei 110 cm Höhe ein Podest mit Bord geschaffen zur Aufnahme von den nothwendigen Lösungen und Pulvern in Gläsern mit Aufschrift, Zerstäubern und dergl.

An der Vorderwand dienen eiserne Rahmen zur Aufnahme von 4 zwecks Sterilisation auswechselbaren Metallschalen für das Instrumentarium, eine davon steht unter Wasserberieselung; ferner sind hier angebracht eine sterilisirbare Büchse für Watte, Haken für Mullläppchen und Cocainzerstäuber, ein Gestell mit 6 automatischen Tropfflaschen für Cocain, Novocain, Suprarenin, H_2O_2, ein Metallspeibecken mit Wasserkreiselspülung, wiederum auswechselbar, Wasserglas, eine Nernstlampe für indirecte Beleuchtung an Gelenkarm, ein Bunsenbrenner zum Spiegelanwärmen, sowie Schalter und Rheostatkurbel für Endoskopie und Kaustik.

An der Rückwand dient eine Klappthüre als Zugang zu dem Innenraum zwischen den Wänden, der sämmtliche Leitungen für Elektricität, Gas, Wasserzu- und -abfluss, sowie die Rheostaten und Transformatoren birgt.

An der Stirnseite sind die Steckhülsen, vertieft in der Wandung, für Endoskopie, Wechsel- und Gleichstrom und zweimal Kaustik.

Bei der Herstellung der Arbeitsplätze war das Princip der leichten Reinhaltung und Abwaschbarkeit maassgebend. Die Ausführung der Arbeitswände nebst Zubehör wurde der Firma Ludwig Dröll (Inh. Herms) Frankfurt a. M. übergeben, die elektrische Einrichtung Reiniger, Gebbert u. Schall. An einzelnen Arbeitsplätzen sind noch Anschlusshähne für Druck- und Saugluft.

Nach der Untersuchung durch den Director kommen die neuen Patienten in den Abfertigungsraum, den die alten Patienten vom Wartezimmer direct erreichen. Hier sind 3 Arbeitsplätze, ein Gleichstrommotor, 1 Quecksilberquarzlampe, eine Bank, Ruhebett, Schreibpult, Waschtisch, Ausguss, grosses Speibecken und Wasserberieselung, Vorrathsschrank, Urinuntersuchungsschrank, eine Entnahmestelle für sterile Kochsalzlösung. Beide Räume können durch Rollläden verdunkelt werden. Breit verbunden mit dem Abfertigungsraum ist ein grösserer Raum, als Praktikantenraum vorgesehen mit 6 Arbeitsplätzen. Hier finden wir noch ein Ruhebett und einen Schrank für elektrische Instrumente zur Kaustik, Elektrolyse, Faradisation und Galvanisation, verschiedene Ansätze aus Quarz- und Bergkrystall für die Quecksilberdampflampe zur Behandlung der oberen Luftwege, einen Arzneischrank, und ein Flaschengestell für Sublimat, Alkohol, Aq. destillata, Borsäurelösung. Anstossend liegen auf der einen Seite ein Lungenuntersuchungsraum und der Instrumenten- und Sterilisirraum, auf der andern Seite ein kleiner Operationssaal und ein Dunkelraum für die einfache Durchleuchtung.

Die Sterilisationsanlage der Poliklinik besteht aus:

1. Sterilisator für physiologische NaCl-Lösung 75 Liter mittels hochge-

spannten Dampfs unter Druck von $1^1/_2$ Atmosphären; mit Thermoregulator, um die Lösung auf jeder beliebigen Temperatur vorräthig zu halten zu Spülungen.

2. Instrumentenkocher mit Einsetzschalen.

3. Kocher mit Einsatz für Becken und Schalen, sämmtlich mit hochgespanntem Dampf betrieben. Die Anlage ist hergestellt von Schaerer A.-G., Bern. Zum Transport der Schalen und Instrumente dienen fahrbare Gestelle.

Der Operationssaal ist ausgestattet mit einem Steltznertisch und einem umkippbaren in der Höhe verstellbaren Operationsstuhl mit Oelpumpe (Modell Spiess-Schaerer), 2 fahrbaren Instrumententischen, Drehsessel, Wäschesammler, Abfalleimer, zwei Waschtischen, und einfacher Lüsterbeleuchtung, Abnahmestellen für Gleich- und Wechselstrom, transportablem Widerstand für Endoskopie und Kaustik, und einem Instrumentenschrank, in dem sämmtliche Brünings'schen Instrumente zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie untergebracht sind. Neben dem Operationssaal ist das Röntgenzimmer, und zwar absichtlich, so gelegen, um bei Fremdkörperfällen u. s. w. die Röntgencontrolle zur Hand zu haben. Hier steht ein Unipulsapparat angeschlossen an Gleichstrom, 240 Volt zu Blitzaufnahmen in $^1/_{300}$ Secunde von Thorax, Hals und Schädel (transversal), derselbe Apparat kann auch mittels Recordunterbrechers zur Durchleuchtung und Therapie benutzt werden; ein Idealapparat für Schnell- und Zeitaufnahmen, für Radioskopie und Therapie, angeschlossen an 120 Volt Wechselstrom, ferner ein Beclèrestativ, Regale für die Röhren, Aufnahmetisch, Schaukasten, Sinegrancassetten, Fixationsapparat nach Dr. Schmidt, und eine medicinische Quarzlampe. Das Röntgeninstrumentarium wurde geliefert von Reiniger, Gebbert u. Schall. Nebenan ist die Dunkelkammer mit allem Zubehör und einem Kasten für die Röntgenplatten mit Bleiwänden. Die Thüre ist gleichfalls mit Blei verkleidet.

Auf der anderen Seite liegt das behagliche, einfach ausgestattete Zimmer des Directors.

Die abgefertigten Patienten gelangen durch den Praktikantenraum wieder in das Wartezimmer, das hier noch durch Barrièren abgetrennt ist, und von da auf den Corridor. Auf der entgegengesetzten Seite des Wartezimmers kommt man durch eine breite Doppelthüre in die eigentliche Klinik.

Die Klinik hat, wie oben schon gesagt, eigenen Treppenaufgang. Im ersten Stockwerk liegt hier die Privatabtheilung: 4 Privatzimmer für I. Kl.-Patienten mit zugehörigem Tageraum und offener Liegeveranda, Badezimmer, Abort, Gerätheraum, Speisenaufzug und Küche, ferner das Zimmer der Schwester, des Assistenarztes und ein Behandlungszimmer mit neuem Anschlusstisch an Gleich- und Wechselstrom (Modell Spiess-Reiniger, Gebbert u. Schall), elektrischem Kocher, Instrumentenschrank mit kleinem Instrumentarium, Waschtisch, Ausguss, Abfalleimer und Flaschengestell für 2 Flaschen, Gleichstrommotor, umkippbarem Stuhl und Speibecken mit Wasserspülung und Drehsessel. Der Raum ist vollkommen zu verdunkeln.

Im II. Stockwerk ist, nach der einen Seite durch Glasthüre abgeschlossen, die Frauenabtheilung mit einem 2, 5 und 6 Bettenzimmer mit einem grossen Tageraum und offener Liegeveranda, nebst zugehöriger Küche, Gerätheraum, doppeltem Abort und Badezimmer.

Dem Corridor entlang befinden sich ein Schwesternzimmer, zwei 2 Bettenzimmer II. Klasse, und wiederum Badezimmer, Abort, Gerätheraum, Küche, Speisenaufzug und Behandlungszimmer wie im I. Stockwerk.

Am Ende des Corridors liegt ein kleinerer Tageraum, daneben ein 5 Bettenzimmer für Männer und eine kleinere Liegeveranda.

Im III. Stockwerk liegen nach vorne ein 2 und 8 Bettenzimmer für Männer mit Tageraum, Liegeveranda und den zugehörigen Nebenräumen wie im zweiten Stockwerk.

In den Corridor münden ein Schwesternzimmer, das Zimmer der Oberschwester, das Behandlungszimmer, die Nebenräume und das Laboratorium.

Das Laboratorium, von Lautenschläger geliefert, ist mit allen nothwendigen Apparaten für bakteriologische Untersuchungen ausgerüstet. Eine elektrische Cen-

trifuge, Gefrier- und Schlittenmikrotom, 3 Mikroskope, ein mikrophotographischer Apparat, 1 Heissluftsterilisator, Gaskocher, Brutschrank, Paraffinofen, Digestorium, Wässerungsvorrichtung, Präparaten- und Sammlungsschrank und dergleichen mehr sind hier aufgestellt. Vier Arbeitsplätze sind an der Fensterseite eingerichtet.

Gegenüber dem Laboratorium ist noch ein Einzelbettzimmer, das auf den Corridor wie auch in den Vorraum vor den Operationssälen mündet, und vorgesehen ist für Schwerkranke, zur Unterbringung von frisch Operirten, oder als Narkoseraum. Am Ende des Corridors liegen nämlich, von der übrigen Abtheilung vollkommen getrennt, die Operationsräume.

Zuerst gelangen wir in einen Vorraum, der als Warte- und Vorbereitungsraum dient, hier sind auch die Wäsche- und Vorrathsschränke, sowie die Kleiderablage. Von hier führt eine Thüre in das vorher genannte Einzelbettzimmer, eine zweite in den aseptischen und eine dritte in den septischen Operationssaal.

Das kleinere Operationszimmmer ist nur für Aseptische wie z. B. die Septumoperationen bestimmt, ausgestattet mit Waschtisch, Ausguss, Entnahmestelle für sterile physiologische Kochsalzlösung, für Druck- und Saugluft, Wäschesammler, Abfalleimer, zwei Instrumententischen, Drehsessel, Operationsstuhl (Modell Spiess-Schaerer), Speibecken mit Wasserspülung; an einer Marmorwandtafel ist der Anschluss für Endoskopie, Kaustik mit 120 Volt Wechselstrom. Die Tafel ist so in die Wand eingebaut, dass die Steckhülsen vertieft sitzen, und nur Schalter und Rheostathebel auf der Tafel angebracht sind und Transformator und Rheostat in der Wand sitzen, und etwaige Reparaturen vom nebengelegenen Raum durch eine kleine Thür vorgenommen werden. Von dieser Tafel werden auch die Anschlüsse bedient, die über dem Operateur in einem eisernen Rohrgestänge, das von der Decke herabhängt, Strom für Endoskopie, Kaustik und 120 Volt liefern. An den 4 Ecken des Gestänges sind noch 4 Tantallampen an Gelenkarmen, und an der Decke ein Glaskasten mit Metallfadenlampen. Das Zimmer kann verdunkelt werden. In der einen Ecke desselben ist ein Fenster eingebaut, das, doppelt hermetisch verschliessbar, zur Verbindung mit dem Sterilisir- und Instrumentenraum dient, sodass die Bedienung des aseptischen und des septischen Operationssaals gleichzeitig erfolgen kann, unter strenger Einhaltung der Sterilität.

Der grössere Operationssaal wird durch eine Bogenlampe beleuchtet, die im Dachgeschoss angebracht ist, und ihr Licht durch eine matte Glasscheibe sendet. Ausserdem ist auch hier wieder an der Decke ein Rohrgestänge befestigt zum Anschluss für Kaustik, Endoskopie und Wechselstrom mit 4 Glühlampen an Gelenkarmen mit Reflectoren, wie im kleinen Operationssaal eine Anschlusstafel in die Wand eingebaut. Doppelte Waschgelegenheit, Entnahmestelle für physiologische NaCl-Lösung, Druck- und Saugluft, Wäschesammler, Abfalleimer, mehrere Instrumententische, ein Steltznertisch und ein Operationsstuhl, 2 Drehsessel, ein Narkoseapparat nach Roth-Dräger gehören zur Einrichtung. Nach 2 Seiten sind grosse Fensterscheiben, um bei Tageslicht operiren zu können. Der Saal kann aber auch verdunkelt werden. Nebenan liegt der Instrumenten- und Sterilisirraum; diese Anlage stammt von Schaerer A.-G. Bern.

Sie besteht aus:

1. Autoklav zum Sterilisiren der Verbandstoffe, Wäsche u. s. w. sowie

2. zur Herstellung von sterilem Wasser resp. physiologischer NaCl-Lösung, die in den 50 Liter enthaltenden Kessel hineingepresst wird. Alle Leitungen, einschliesslich der Entnahmestellen für Lösung in den Operationsräumen werden vorher durch gespannten Dampf von $1^1/_2$ Athmospären sterilisirt. Ein Thermoregulator hält die Lösung dauernd in beliebiger Temperatur.

3. Instrumentenkocher mit Einsetzschalen, betrieben mit Dampf und zur Reserve mit Gasheizung versehen.

4. Kocher mit Einsatz für Schalen und Becken.

5. Kocher für Seide und Nähmaterial, sämmtlich mit hochgespanntem Dampf betrieben.

In diesem Raum befindet sich weiter ein grosser Instrumentenschrank, nicht

eingebaut, aber durch Eisenblechwände seitlich und nach oben und unten vom übrigen Raum völlig abgetrennt, mit einem Luftschacht zwischen hinterer Wand des Schrankes und der Mauerwand; ferner ein grosser Arbeitstisch, Flaschengestell für 4 Flaschen, Wasch- und Ausgussbecken und Kochsalzentnahmestelle. Es bliebe noch zu erwähnen, dass die Verköstigung durch die Centralküche des Städtischen Krankenhauses erfolgt.

Elektrischer Anschluss für Endoskopie und Kaustik kann in jedem Zimmer mittels Widerstandes erzielt werden.

Spucknäpfe sind reichlich vorhanden. Kranken mit Auswurf werden ausserdem noch Dettweiler'sche Flaschen verabreicht. In jedem Stockwerk befindet sich eine Körperwaage.

Die einzelnen Räume sind halbhoch mit Oelfarbe gestrichen. Der Fussboden ist mit Linoleum belegt. In den Operationssälen und Behandlungszimmern ist natürlich Plattenbelag und die Wände mit Kacheln verkleidet.

Die Gesammtzahl der Betten beträgt: für III. Klasse 28, für II. 6, für I. 4.

Angestellt sind zur Zeit an der Klinik ein Assistenzarzt, der in der Klinik wohnt, 1 Oberschwester, 3 Stationsschwestern, 2 Lehrschwestern, 5 Wärterinnen, 1 Wärter. Ferner hat der Director noch einen als Specialist vollkommen ausgebildeten Privatassistenten.

Internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse.

Dem Internationalen Comité für die Laryngo-Rhinologen-Congresse ist zu Händen seines Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. O. Chiari (Wien) folgendes Schreiben zugegangen:

Kopenhagen, 10. December 1910.

Im Auftrage der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft beehren wir unterfertigte Mitglieder der Gesellschaft uns hierdurch den Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress, der für 1915 im unmittelbaren Anschluss an den IX. Internationalen Otologencongress in Aussicht genommen ist, nach Kopenhagen einzuladen.

Da jedoch unsere Gesellschaft nur 24 in Kopenhagen ansässige Mitglieder zählt, so werden wir in der Voraussetzung im Stande sein, die grosse Ehre zu haben, den Congress hier zu empfangen, dass die Dauer jedes Congresses auf 2 Tage beschränkt wird. Wir haben uns dabei gedacht, dass der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in den Tagen Freitag und Sonnabend, 27. bis 28. August 1915, stattfinden würde, während der Internationale Otologencongress Montag und Dienstag, 30. und 31. August 1915, tagen würde.

Die Dänische oto-laryngologische Gesellschaft wünscht ferner die Ehre zu haben, als Wirth für die auswärtigen Mitglieder der beiden Congresse bei einer Reception Donnerstag Abend, 26. August, und bei einem Abschiedsbankett Dienstag, 31. August 1915, zu fungiren.

Eine mit dieser — mutatis mutandis — gleichlautende Einladung ist an den Präsidenten des IX. Internationalen Otologencongresses, Herrn Prof. Dr. Blake in Boston, abgesandt worden.

Hochachtungsvoll

E. Schmiegelow, Gottlieb Kiär,
Holger Mygind, Tetens Hald,
N. Rh. Bledvad.

An das Internationale Comité für die Laryngo-Rhinologen-Congresse
zu Händen des Herrn Prof. Dr. O. Chiari, Wien.

Material betreffend die directen Untersuchungsmethoden.

Mit dem Referate über directe Larynsgoskopie, Tracheoskopie und Bronchoskopie für den III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress betraut, bitte ich alle Collegen, mir ihre einschlägigen Separata zukommen zu lassen, auch für die Mittheilung nicht publicirter Fremdkörperfälle wäre ich sehr dankbar.

Dr. Otto Kahler,
Privatdocent für Laryngo-Rhinologie,
Wien IX, Alserstrasse 26.

Personalnachrichten.

Kurz vor Abschluss dieses Heftes geht uns die Nachricht zu, dass Professor Denker — bisher in Erlangen — einen Ruf nach Halle erhalten hat woselbst er ausser der durch Schwartze's Tod erledigten Stelle als Leiter der Universitäts-Ohrenklinik, auch den Lehrauftrag für Laryngologie und Rhinologie übernehmen soll.

Das Lehrfach der Rhino-Laryngologie war in Halle bisher durch Prof. Frese vertreten. Als v. Mering, der ursprünglich einen Lehrauftrag für gerichtliche Medicin und Laryngologie inne hatte, bei Uebernahme der Medicinischen Klinik auf jene Lehrfächer verzichtet und durch sein Betreiben den Bau einer Poliklinik für Hals- und Nasenleiden durchgesetzt hatte, wurde die Leitung der letzteren Frese übergeben, der sich im Jahre 1903 in Halle habilitirt hatte und der in der Folge an der von ihm geleiteten und zu einer stattlichen Frequenz gebrachten Poliklinik den rhino-laryngologischen Unterricht für die Studirenden ertheilte und gelegentlich auch ärztliche Fortbildungscurse gab. Jetzt sollen — wie wir vernehmen — die für die Zwecke der rhino-laryngologischen Poliklinik erbauten Räume zu einem Laboratorium umgewandelt und die Rhino-Laryngologie der Otologie „angegliedert“ werden! F.

Die durch den Rücktritt von A. Hartmann frei gewordene Stelle als dirigirender Arzt der Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke am Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhaus zu Berlin ist Dr. Claus, langjährigem Assistenten von B. Fränkel und Passow, übertragen worden. Wir freuen uns, dass mit dieser Stelle, die insofern von Bedeutung ist, als sie bisher die einzige derartige an den Berliner städtischen Krankenhäusern bestehende ist, Jemand betraut worden ist, der durch seine Vorbildung als Laryngologe und Otologe in gleichem Maasse dazu qualificirt ist. F.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, Februar. 1911. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **V. Delsaux. Ueber die Nothwendigkeit einer internationalen oto-rhino-laryngologischen Föderation. (De la nécessité de créer une fédération internationale oto-rhino-laryngologique.)** *La Presse otolaryngologique belge. No. 5. 1910.*

Erwägungen zu Gunsten eines vom Verf. ausgearbeiteten Projects.

PARMENTIER.

2) **Van Swieten. Verzeichniss der auf der Abtheilung von Dr. Goris im Brüsseler chirurgischen Institut im Jahre 1909 ausgeführten Operationen. (Relevé des opérations pratiquées dans le service du Dr. Goris en 1909 à l'Institut chirurgical de Bruxelles.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 3. 1910.*

Die in der Statistik einbegriffenen interessanten Fälle sind schon anderweitig in der Academie, der chirurgischen und otolaryngologischen Gesellschaft mitgetheilt worden und wurden auch gelegentlich schon referirt. BAYER.

3) **Schiffers** (Lüttich). **Historischer Ueberblick über die Laryngologie und die Rhinologie. (Aperçu historique de la laryngologie et de la rhinologie.)** *Bullet. de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 8. 1910.*

Historischer Ueberblick über die Begründung und Ausbildung der Laryngologie und Rhinologie. Eintheilung in 4 Zeitabschnitte; der erste von 1858—1876, rein laryngologisch; der zweite von 1876—1884, Entwicklung der Rhinologie; der dritte von 1884—1895, umfasst die Einführung der Localanästhesie mit Cocain, die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose, die Intubation von O'Dwyer etc.; die vierte ist die der directen Untersuchungsmethoden: directe Laryngoskopie von Kirstein, die Tracheobronchoskopie von Killian und die Untersuchung mit Röntgenstrahlen. Rhinoskopisch nehmen verschiedene Operationsverfahren für die Sinusitis ihre Entstehung (Luc, Caldwell, Killian); ferner fällt in diese Zeit die Gründung verschiedener Fachblätter, Archive, Revuen und Journale. Der Leser

kann sich aus dem Artikel gut orientiren über den heutigen Standpunkt der Laryngologie und Rhinologie.

BAYER.

4) **Blumenau. Zur Frage über die Vaguskerne des Menschen.** *Neurol. Centralblatt. S. 658. 1909.*

Im Nucleus lat. dors. ventral von der spinalen Trigeminuswurzel beim Menschen liegen grosse Zellen, die als laterale Gruppe des Nucl. ambiguus, also als motorische Ursprungszellen des N. vagus aufzufassen sind. Beim Kaninchen ist diese Zellgruppe weniger gut ausgeprägt.

J. KATZENSTEIN.

5) **C. Hudoverning. Beiträge zur mikroskopischen Anatomie und zur Localisationslehre einiger Gehirnnervenkerne (N. hypoglossus, vagus und facialis).** *Journal f. Psych. und Neurol. Bd. 10. H. 6. S. 247.*

Ueber die Kerne des N. vagus theilt Verf. mit: Der Nucleus ambiguus stellt das hauptsächlichste motorische Vaguscentrum dar, sein cerebrales Ende scheint dem Glossopharyngeus anzugehören. Im spinalen Abschnitte dieses Kernes bilden die Zellen der mittleren und inneren Gruppe das motorische Centrum des Laryngeus superior, in der Mitte im Niveau des Calamus scriptorius bilden dis medialen und die ventralen Zellen der inneren Gruppe das Centrum für die motorischen Oesophagusfasern, während das motorische Magen- oder Lungencentrum die Zellen der äusseren Gruppe in der ganzen Länge des Kernes für sich beansprucht. Der dorsale Vaguskern ist ein gemischtes Centrum, sein ventraler Rand bildet das (sensible?) Centrum des Laryngeus superior.

J. KATZENSTEIN.

6) **J. Ramsay Hunt. Der Symptomencomplex der acuten Poliomyelitis posterior des Ganglion geniculatum, oticum, glossopharyngeum und pneumogastricum. (The symptom complex of the acute posterior poliomyelitis of the geniculate, auditory, glossopharyngeal and pneumogastric ganglia.)** *Archives of Internal Medicine. Juni 1910.*

Verf. bespricht die Localisation eines und desselben Processes in den peripheren Wurzelganglien des Glossopharyngeus, Vagus und Acusticus, ihre respectiven Nervencomplicationen und die verschiedeneu vorkommenden klinischen Combinationen.

Er differenzirt die Zosterzonen des Gangl. geniculi, das Glossopharyngeus- und Vagusganglion am äusseren Ohr und in der Mundhöhle. Das specifische infectiöse Agens ist unbekannt; welches es aber auch sein mag, es besitzt jedenfalls eine ausgesprochene und specielle Affinität zu gewissen Gliagebilden, für welche die hinteren Spinalnervenwurzeln und das Ganglion Gasseri die Typen sind, und verursacht in diesen Gebilden eine Entzündung, der dieselben allgemein pathologischen Characteristica zukommen, wie der Poliomyelitis anterior acuta. Wegen dieser Aehnlichkeit kann der Herpes zoster bezeichnet werden als Polyomyelitis der betreffenden Ganglien.

Verf. berichtet dann über persönliche Erfahrungen betreffend Herpes zoster am äusserem Ohr (Herpes zoster oticus), über die intraoralen Zosterzonen des Ganglion glossopharyngei und vagi (Herpes zoster pharyngis und Herpes zoster

laryngis), die Complicationen der beiden letztgenannten, über Herpes zoster linguae mit Facialislähmung, über Poliomyelitis der Ganglia otica und die Lähmungserscheinungen des Herpes zoster facialis und Herpes zoster occipitocollaris.

In Bezug auf den Herpes pharyngis und laryngis sagt Verf., dass die Fälle scharf in zwei Gruppen getheilt werden müssen, den Pseudoherpes und den wahren Herpes. In den letzteren Fällen ist die Eruption einseitig und entspricht einer bestimmten Nervenvertheilung, während beim Pseudoherpes die Eruption keine Zone darstellt, sein Auftreten verursacht wird durch Verschluss von Drüsengängen mit Secretretention und sie über einen grossen Bezirk ausgebreitet ist, mit heftiger Entzündung und Oedem und häufig mit starker Dysphagie und Dyspnoe einhergeht. Beim reinen einseitigen Herpes sind die Allgemeinerscheinungen oft sehr geringfügig und können leicht übersehen werden. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass viele „rheumatische“ Lähmungen des Gesichts, des Gaumens und auch des Larynx zu der Gruppe von paralytischen Erscheinungen nach herpetischer Entzündung der betreffenden Ganglia gehören. Nervöse Complicationen, wie Brachycardie, Nausea, Erbrechen, gehören zu den Complicationen des Herpes laryngis. Einseitiger Herpes der Zunge entsprechend dem Verlauf der Chorda tympani beobachtet man gelegentlich in Fällen von peripherer Facialislähmung: die Eruption geht der Lähmung voraus oder folgt ihr. Geht sie voraus, so ist eine Erkrankung des Ganglion geniculat. nicht unwahrscheinlich.

Verf. ist der Ueberzeugung, dass Fälle, die hierher gehören, häufiger sind, als man nach dem Studium der Literatur annehmen sollte. Es scheint ihm wahrscheinlich, dass manche Fälle, die als rheumatische Lähmungen des Gesichts, des Gaumens und selbst des Larynx gedeutet werden, hierher gehören, ebenso wie toxische einseitige Affectionen der Hörnerven.

EMIL MAYER.

7) **Hönck** (Hamburg). **Ueber die Betheiligung des Vago-Sympathicus bei der Entstehung einiger Krankheiten der Luftwege und die Behandlung dieser Krankheiten durch die Sympathicusmassage.** *Klin.-therap. Wochenschrift. No. 39 u. ff. 1910.*

Schwellungszustände der Nasenschleimhaut, Rachenkatarrhe, Bronchitis etc. durch Sympathicus-Massage angeblich geheilt. Die Technik der Massage ist in „Fortschritte der Medicin“, No. 7 und 8 1910 beschrieben.

HANSZEL.

8) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Unvollständige innere Halskiemenfistel in Verbindung mit doppelseitiger Fistula praeauricularis congenita.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Beschreibung eines Falles mit Abbildungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

9) **J. Fiaschi. Congenitales cystisches Lymphangiom des Halses bei einem Kinde. (Congenital cystic lymphangioma of the neck in a child.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1910.*

Patient war ein 5 Jahr und 10 Monate alter Knabe. Zuerst wurde die Geschwulst constatirt, als der Knabe 5 Monate alt war; im Alter von $2^1/_2$ Jahren trat

4*



innerhalb von 10 Stunden ein rapides Wachsthum der Geschwulst ein: von der Grösse eines Taubeneis wuchs sie in dieser Zeit zu der Grösse eines Enteneis. Operation. Heilung.

A. J. BRADY.

10) **Thomas Murphy. Brachialneuritis, verursacht durch Druck der Halsrippe. (Brachial neuritis caused by pressure of first rib.)** *Australian Medical Journal. 20. October 1910.*

Ausser den Erscheinungen von Neuritis und Circulationsstörungen in Hand und Arm der betreffenden Seite infolge Druck der Cervicalrippe auf den Plexus brachialis erwähnt Verf. ein „krampfartiges Gefühl im Halse und Behinderung beim Schlucken". Entfernung der Halsrippe führte zur Heilung. Verf. befindet sich im Irrthum, wenn er meint, dies sei der erste in der Literatur erwähnte Fall (confer. z. B. den von Bird in derselben Zeitschrift berichteten Fall).

A. J. BRADY.

11) **Veau** (Paris). **Chirurgie der Thymus. (Chirurgie du thymus.)** *Association française de Pédiatrie. Paris, 30. Juli 1910.*

Die Thymusdrüse ist umgeben von einer lockeren Kapsel, die ihre relativ leichte Extraction gestattet. Die Operation der Wahl ist die subtotale intracapsuläre Thymectomie. Die Thymopexie ist heute aufgegeben. Die Resection des Manubrium sterni findet ihre Indication nur in den äusserst seltenen Fällen, wo die Thymusdrüse der Trachea adhärirt. Verf. berichtet über fünf eigene, durchweg günstig verlaufene Fälle. Die drei tödtlich endenden Fälle, die er gesammelt hat, sind zurückzuführen auf Infection nach vorhergehender Tracheotomie.

GONTIER de la ROCHE.

12) **Van Duyse** (Gent). **Ein Fall von branchiogenem Carcinom. (Un cas de carcinome branchial.)** *La Belgique Médicale. No. 29. 1910.*

Bei einem Manne von ca. 50 Jahren hat sich seit einigen Wochen unterhalb des linken Unterkieferwinkels eine schmerzlose Geschwulst entwickelt; seit einigen Wochen Schmerzen im Bereich des linken Trigeminus. Der Kranke schreibt die Geschwulst und die Schmerzen einem cariösen Zahn zu; der consultirte Zahnarzt räth die Entfernung des hühnereigrossen Tumors an. Operation mühsam und blutig. Recidiv nach 9 Wochen. Verweigerung eines weiteren Eingriffs.

Die histologische Diagnose der Geschwulst lautet: Pflasterzellenepitheliom mit Vorherrschen des fibrösen Stromas. Tumor primär; tief zwischen den Muskeln eingesenkt ohne allen Zusammenhang weder mit den äusseren Hautdecken, noch der Pharynxschleimhaut. Ein Ausläufer der Neubildung hüllt den Proc. styloid. derartig ein, dass diese Partie nicht resecirt werden konnte; daneben bestanden noch andere unregelmässige Verzweigungen der Geschwulst. Kein Zweifel, dass es sich um ein branchiogenes Carcinom handelt.

BAYER.

13) **J. Steinhaus** (Brüssel). **Ueber das Sklerom. Anatomo-pathologische Studie. (Du sclérome. Etude anatomo-pathologique.)** *La Presse otolaryngologique belge. No. 4, 5, 6. 1910.*

Aeusserst gewissenhafte Arbeit auf Grund zahlreicher anatomo-pathologischer und bakteriologischer Untersuchungen, unterstützt von einer umfangreichen Lite-

ratur, die sich weniger die Explication der Aetiologie des Skleroms zum Ziele gesteckt hat, als seine Morphologie und hauptsächlich das Studium der hyperbasophilen (plasmatischen) und der Mikulicz'schen Zellen. PARMENTIER.

14) **Gerber** (Königsberg). **Ueber das Sklerom, insbesondere in Ostpreussen im Jahre 1910.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 3. S. 105. 1910.*

Vortrag, gehalten auf der 82. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg 1910. Das diesbezügliche Referat befindet sich im Centralblatt f. Laryngologie 1910. No. 11. S. 540. OPPIKOFER.

15) **J. Safranek** (Budapest). **Die Arsenbenzolbehandlung von Ehrlich-Hata bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1910.*

Unter 30 Fällen hat diese Behandlung — einen Fall ausgenommen — die bisher bekannten Mittel in der Intensität und Promptheit der Wirkung weit übertroffen; die klinischen Symptome der Syphilis heilten auffallend schnell, auch ist in einem Falle von Rhinitis atrophicans foetida die Borkenbildung weniger und der Foetor wesentlich milder geworden. Innerhalb 24 Stunden nach der Injection ist in vielen Fällen von secundären Symptomen eine der Herxheimer'schen Reaction entsprechende locale Reaction beobachtet worden. Schmerzen und Dysphagie schwanden zumeist 2—3 Tage nach der Injection. Nur ein Drittheil der Patienten hat sich zur Controle gestellt, bei diesen haben sich in den verflossenen 10—21 Tagen keine localen Recidive eingestellt; die Seroreaction ist in 6 bis 8 Wochen negativ geworden.

Das Mittel ist eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes und übertrifft die Wirkung der bisher benutzten antiluetischen Mittel in vieler Beziehung; es ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht gefährlicher als jene und bietet in der Mehrzahl der Fälle schon nach einigen Tagen denselben Heilerfolg, welcher mit den früheren Mttteln zuweilen nur nach mehreren Monaten erzielt wurde.

POLYAK.

16) **J. R. Winslow. Die Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlich-Hata'schen Arsenpräparat, besonders bei Nasen- und Halskrankheiten. (The treatment of syphilis with the Ehrlich-Hata new arsenic preparation especially in lesions of the nose and throat.)** *Hospital Bulletin, University of Maryland. 15. December 1910.*

Bericht über zwei Fälle. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **J. Dresch. Ueber die endonasale Entstehung des Lupus. (De l'origine endonasale du lupus.)** *Dissert. Bordeaux 1909.*

D. vertritt die Anschauung, dass bei Lupus der äusseren Nase und des Gesichtes, sowie bei Lupus in Mundhöhle, Pharynx oder Larynx der primäre Herd bei genauer Untersuchung regelmässig in der Nasenhöhle zu finden sei. Die Behandlung der Nasenschleimhaut darf deshalb nicht vernachlässigt werden. Die



Ausbreitung des Lupus nach aussen auf die Haut und nach unten auf die oberen Luftwege geschieht auf dem Lymphwege. OPPIKOFER.

18) **Don A. Vanderhoof. Lupus der Nase. (Lupus of the nose.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Bericht über günstigen Erfolg mit Lichtbehandlung bei Lupus der äusseren und inneren Nase. EMIL MAYER.

19) **Brocq** (Paris). **Behandlung des Nasenlupus mit linearen Scarificationen. (Traitement du lupus du nez par les scarifications linéaires.)** *Bulletin Médical. 4. December 1909.*

Die gut ausgeführte Scarification kann den Lupus heilen, sie hinterlässt ebenso gute Narben wie die Finsenbestrahlung; sie ist nur wirksam in Fällen, wo es sich um kleine Oberflächen handelt. In Fällen von ulcerösem Lupus ist die Methode allen anderen vorzuziehen. Unter den Verfahren, die sich mit Erfolg mit der Scarification combiniren lassen, meint Verf., müsse man an die negative Elektrolyse denken. GONTIER de la ROCHE.

20) **E. v. Brezowszky** (Budapest). **Granulosis rubra nasi.** *Orvosi Hetilap. No. 31. 1910.*

Das ätiologisch und auch pathologisch unvollständig geklärte Krankheitsbild ist unter diesem Namen von Jadassohn zuerst beschrieben und besteht aus Knötchen- und Blasenbildung an der Nasenspitze und den Nasenflügeln ohne nachfolgende Abschuppung, dagegen mit vermehrter Schweisssecretion. POLYAK.

21) **M. Möller. Zwei Fälle von Rhinophyma mit gutem Erfolge mittels der Decorticationsmethode behandelt. (Fall af rhinophyma behandlade enligt „dekortikationsmetoden" af. med good resultat.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 5. Mai 1910.*

Demonstration des Patienten. E. STANGENBERG.

22) **Geo Wilkinson. Seltene angeborene Deformation der Nase bei einem Kinde. (Rare congenital deformity of the nose in an infant.)** *British Journal of children's diseases. p. 363. August 1910.*

Ein 8 Jahre altes Kind zeigt eine tiefe Depression in der Mittellinie der Nase mit weiter Trennung der Nasenöffnungen. Das knorpelige Septum ist augenscheinlich doppelt und die Spina nasalis breit; die Nasenbeine sind zwar breit, aber nicht getrennt.

Die Deformität beruht wohl darauf, dass die beiden mittleren Massen der Nasopharyngealprocesse sich nicht vereinigt haben. Die einzuschlagende Behandlung besteht in einer Nasenbandage und später, wenn die Theile grösser sind, in einer Operation. A. J. WRIGHT.

23) **Broeckaert. Deformation der Nase. (Deformation du nez.)** *La Clinique. 15. October 1910.*

Auf dem XIV. flämischen Congress für Natur- und Medicinalwissenschaften sprach B. über 4 Methoden zur Nasenverbesserung:

1. Abtragung der Vorsprünge mit Säge oder Meissel auf intranasalem Wege.

2. Injection harten Paraffins. Die Zufälle, welche sich einstellen können, sind ganz allein unglücklichen Umständen und einem Mangel an Erfahrung zuzuschreiben.

Das weiche, in den „Schönheitsinstituten" angewandte Paraffin kann Veranlassung geben zu den „Paraffinomen".

3. Die Combination der operativen Behandlung mit Paraffininjectionen.

4. Ausgedehnte Operationen in der Narkose.

Photographien von glücklichen Resultaten. PARMENTIER.

24) **Georg Tiefenthal** (Freiburg i. Br.). **Totale Aplasie einer Nasenhälfte.** *Mit 3 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 9. 1910.*

Bericht über einen einschlägigen Fall mit Abbildung der Photographie der Patientin, des Röntgenogramms und einer schematischen Zeichnung des Gesichtsschädels. Anschliessend entwickelungsschichtliche Erörterungen. HECHT.

25) **G. Naumann. Casuistische Mittheilungen. (Kasuistiske meddelanden.)** (Aus den Verhandlungen der Gesellschaft der Aerzte in Gothenburg, Schweden.) *Hygiea. Bd. 72. No. 3. März 1910.*

Ein 31jähriger Mann hatte sich im Jahre 1896 durch Fall auf die Nase eine typische Sattelnase zugezogen. Diese wurde vom Verf. in folgender Weise mit gutem Erfolge beseitigt: durch einen Querschnitt bis zum Periost der Nasenwurzel wurde die Haut des Nasenrückens mit einem Elevatorium losgemacht; unter die Haut wurde dann ein Knochenstück eingeführt, das von der Crista tibiae des linken Unterschenkels des Patienten freigemeisselt worden war. Heilung.

E. STANGENBERG.

26) **J. Berg. Fall von Rhinoplastik nach dem Verlust der Nasenspitze mit Demonstration des Patienten. (Fall af rhinoplastik after förlust af nässpetsen med demonstration af patienten.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 5. Mai 1910.*

Näherer Bericht fehlt. E. STANGENBERG.

27) **Grillères. Injection und Implantation von Paraffin zu Nasenplastiken. (Plastiques nasales. Implantation et injections paraffiniques.)** *Dissertation. Toulouse 1909.*

Die Arbeit enthält Photographien von 3 Sattelnasen vor und nach der Paraffininjection. Der Autor stützt sich in seinen Auseinandersetzungen im Wesentlichen auf die Arbeit von Eckstein (ref. Centralbl. f. Laryngol. 1907. S. 406).

OPPIKOFER.

28) **Thibierge** und **Weissenbach** (Paris). **Leontiastische Deformation des Gesichts nach Paraffininjectionen. (Deformation léontiasique de la face consécutive à des injections de paraffine.)** *Société française de dermatologie. Juni 1910.*

Es handelte sich um Injectionen mit Hartparaffin. 10 bis 11 Monate nach der letzten Injection erhebliche Missbildung durch rothe, harte Schwellungen nebst Anschwellung der praeauriculären Lymphdrüsen.

Behandlung giebt sehr schlechte Aussichten. GONTIER de la ROCHE.



29) **Bourak. Ueber die Ausgleichung der Einsenkung der Nase bei Kindern mittels Paraffin. (De la restauration des affaissements du nez chez les enfants par la paraffinoplastie.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 6.*

Ueber die Technik wird nicht mehr gesagt, als dass der Autor Paraffin von einem Schmelzpunkt von 42—43° benutzt und verhältnissmässig kleine Dosen injicirt, 0,01—0,03 cg. Er hat 11 Fälle behandelt. Das jüngste Kind war etwa 3 Jahre alt. Bei Gelegenheit sei bemerkt, dass die Einsenkung des Nasengerüstes bei Kindern häufiger zu sein scheint, als wir allgemein annehmen. Ein vom Autor mitgetheilter Fall betrifft eine ausgedehnte Nekrose des Gesichtsskeletts nach Scharlach, was thatsächlich eine Seltenheit ist.

LAUTMANN.

30) **John B. Roberts. Rathschläge für die operative Verbesserung syphilitischer und anderer Deformitäten der Nase. (Suggestions for the operative correction of syphilitic and other deformities of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 29. August 1909.*

Die Methode des Verf.'s zur Correction eingesunkener Nasen besteht in Lappenbildung von der Brust und der mittleren Stirngegend. Die anderen Methoden der Plastik werden kritisch besprochen.

EMIL MAYER.

31) **Cl. Martin** und **Fr. Martin** (Lyon). **Spätresultate der Rhinoplastik mit Metallprothesen. (Résultats éloignés de rhinoplastie sur charpente métallique.)** *XXIII. Congrès de l'association française de chirurgie. Paris, 3. October 1910.*

Claude Martin bemüht sich seit langen Jahren, die vollkommene Toleranz der Gewebe gegenüber Metallprothesen und besonders solchen von Platin zu zeigen. Diese Substanzen können nicht wie die animalischen, z. B. Elfenbein, sich in ihrer Tiefe verändern. Selbst wenn sich ein Abscess bildet, kann man ihn ohne Fistelbildung entleeren. Die einzige zu beobachtende Vorsicht besteht darin, dass man die Lappen breit schneidet, da man sonst eine Ausstossung durch Narbenretraction riskirt.

Verff. berichten über zwei Fälle, wo die Prothese vor 16 resp. 27 Jahren gemacht und seitdem gut ertragen wurde; die Metallprothesen sind völlig in dem Gewebe eingeschlossen.

GONTIER de la ROCHE.

32) **Wolkowitsch** (Kiew). **Zur Frage der Rhinoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 93. 1910.*

Bei einem Manne mit einem durch Schrotschuss entstandenen Nasendefect erfolgte der Ersatz durch Implantation des 4. Fingers der linken Hand.

SEIFERT.

33) **Lenger. Ein Fall von totaler Rhinoplastik. (Un cas de rhinoplastie totale.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. Februar 1910.*

24jähriger Arbeiter mit Verlust der Nasenspitze, der Nasenflügel und Nasenscheidewand infolge eines Sturzes auf die Nase im Alter von 8 Jahren, durch welche Wunde sich ein Lupus entwickelt hatte mit Substanzverlusten. Autor nahm die Frontalosteoplastie vor nach dem Vorgehen von Nélaton, womit er ein vorzügliches Resultat erreichte.

BAYER.

34) **Walb** (Bonn). **Ueber Saugbehandlung der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. 1909.*

Beschreibung des von Walb und Horn angegebenen, sehr vollkommenen Saugapparates (Metallpumpe, Quecksilbermanometer, Ansatz in Gestalt eines Nasenkännchens). Dieser Apparat eignet sich nicht allein zur Diagnostik, sondern auch zur Behandlung von Nebenhöhlenentzündungen, acuten und chronischen, besonders auch zur Nachbehandlung nach der Killian'schen Stirnhöhlenoperation. Die zu verwendende Höhe des negativen Druckes beträgt bei acuten Entzündungen 8—10 cm, bei chronischen 12—17 cm Hg. Bei einseitiger Erkrankung kann die Einwirkung des Saugdrucks auf die gesunde Seite eine Contraindication des Verfahrens abgeben.

ZARNIKO.

35) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Bei welchen Nasenerkrankungen ist die Radicalaufdeckung indicirt?** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 10. 1910.*

Nicht die Zugangsstrasse und nicht die Ausdehnung des Eingriffs sind das charakteristische Unterscheidungsmerkmal zwischen den „endonasalen" und „grossoperativen" Eingriffen, sondern nur der Umstand ist das entscheidende Differenzierungsmoment, dass die eine Art das Gebiet, für das sie bestimmt ist, vollkommen erschliesst, während die andere dies nicht vermag. Nennen wir die ersteren „Radicaloperationen", so giebt es sowohl endonasale (Sturmann-sche Kieferhöhlenoperation) Radicaloperationen, wie grossoperative (Stirnhöhlenoperation nach Killian-Hajek, Kieferhöhlenoperation nach Dencker-Friedrich oder Caldwell-Luc etc.). Unter Ausserachtlassung der übrigen Methoden bespricht Löwe nun die ausschliesslichen Indicationen für grossoperative Radicaloperationen, für die er neun Categorien aufstellt. Bezüglich letzterer sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

36) **Martens** (Bochum). **Zur Diagnose und Behandlung der Nasennebenhöhleneiterungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Verf. lobt die Saugmethode für die Erkennung und Behandlung von Nebenhöhleneiterungen aufs Wärmste. Bei seinem Apparat wird die Luftverdünnung durch eine Wasserstrahlpumpe erzeugt (Lieferantin: Oxygenia, G. m. b. H. Berlin, Schiffbauerdamm).

ZARNIKO.

37) **Charles Aubrey Bucklin,** A. M. M. D. (New York), **Operationen bei Sinuseiterungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 441.*

Verf. giebt u. a. eine eingehende Beschreibung eines „Keilbeinmeissels" mit Abbildung; die Anwendung einer Scheibe setzt den Operateur in die Lage, ohne jeden Irrthum die genaue Tiefe, bis zu welcher der Meissel eingedrungen ist, correct abzuschätzen.

Beim Fortschreiten der Eiterung nach der Operation soll man, bevor irgend eine andere Operation versucht wird, 3 Monate lang Jodkali geben.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

38) V. Cheval. **Doppelseitige Pansinusectomie, vorgenommen in einer Sitzung vermittelst einer einzigen Gesichtsincision. (Pansinusectomie bilatérale operée en une séance par une seule incision à la face.)** *Bulletin de la Soc. Royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. No. 8. 1910.*

Pansinusitis mit fungösen Massen in sarcomatöser Transformation eine äusserst heftige Cephalalgie veranlassend, die den Kranken dazu zwang, sich operiren zu lassen. Dabei Alterationen der Papillen und Einschränkung des Gesichtsfeldes. Krummlinige Incision von der Mitte der rechten Augenbraue an, um den Thränensack herum bis in den Sulcus nasogenius, ohne die Nasenflügel zu berühren; von da aus der Reihe nach Ausräumung aller Nasennebenhöhlen und Resection aller cariösen Knochenpartien. Am Schlusse Vereinigung der Incisionswundränder mit Michel'schen Klammern, welche am 3. Tage entfernt wurden. Bemerkenswerth dabei ist die geringe Hautverletzung im Vergleich zu den umfangreichen Interventionen.

BAYER.

39) Ch. Goris (Brüssel). **Prosopodiaschise. Methode, alle Gesichtsnebenhöhlen in einer Sitzung zu operiren. (Prosopodiaschise; méthode pour opérer tous les sinus de la face en une séance.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1910.*

Dieses Verfahren erstreckt sich nur auf generalisirte Pansinusiten, die mit den üblichen Verfahren inoperabel wären. Es gestattet in einer einzigen Sitzung die chirurgische Eröffnung und Behandlung aller Gesichtssinus.

PARMENTIER.

40) Compaired und Ilurre. **Polysinusitis der rechten Oberkiefer- und Stirnhöhle. (Polisinusitis maxilar y frental crónicas supuradas del ledo derecho.)** *Siglo médico. 31. Januar 1909.*

21jähriger Patient. In der ersten Sitzung Operation der Oberkieferhöhle nach Caldwell-Luc. Nach einigen Tagen Resection der Siebbeinzellen und Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle. Nach einigen Monaten wird die Killian-Moure'sche Operation der Stirnhöhle gemacht. Völlige Heilung.

A. J. TAPIA.

41) L. Schomburg. **Beitrag zur Nasen-Rachenbehandlung bei skrofulösen Augenerkrankungen.** (Aus der Kgl. Universitätsklinik und Poliklinik für Augenkranke in München, Vorstand Prof. Dr. Eversbusch.) *Centralbl. f. Kinderheilkunde. XV. Jahrg. No. 5.*

An der Hand eines Falles zeigt Verf., wie segensreich das Zusammenarbeiten von Nasen- und Augenarzt bei skrophulösen Augenerkrankungen sein kann.

SALZBURG.

42) Sophus Bentzen. **Nebenhöhlenleiden als Ursache von Krankheiten in der Orbita. (Bihulelidelser som Aarsag til Sygdemme i Orbita.)** *Dansk Klinik. No. 7. 1910.*

Neben pathologisch-anatomischen Bemerkungen über den Infectionsweg von den Nebenhöhlen zur Orbita referirt Verf. zwei Zufälle. In dem einen war ein Empyema sinus frontalis mit Abscessus retrobulbaris complicirt, in dem anderen

hatte ein Empyema sinus maxillaris eine Phlegmone orbitae hervorgerufen. Beide wurden durch Operation des Grundleidens geheilt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER)

43) **O. Frankenberger** (Prag). **Augenstörungen bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Zeitschr. f. Laryngo-Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 207. 1910.*

Fall 1. Bei dem 37jährigen Patienten gingen das Doppeltsehen und die leichte Verdrängung des linken Bulbus nach aussen nach Eröffnen eines stinkenden Empyems der linken Bulla ethmoidalis zurück.

Fall 2. Rechter Orbitalabscess infolge Siebbeineiterung bei 16jährigem Patienten. Eröffnen des Siebbeins von der Orbita aus. Linsengrosse Fistel in der Papierplatte. Heilung.

Fall 3. Bei der 23jährigen Patientin führte rechtsseitige Siebbeineiterung zu beginnender Neuritis optica und Orbitalabscess. Der letztere brach spontan durch die Haut durch. Da Patientin einen äusseren Eingriff verweigerte, so wurde das Siebbein nur endonasal eröffnet. Langsame Ausheilung.

Fall 4. Neuritis optica mit fast vollständigem Verlust des Sehvermögens infolge chronischer Keilbeinhöhlen-Siebbeineiterung bei 28jährigem Patienten. Mehrfache endonasale Operationen. Bedeutende Besserung.

OPPIKOFER.

44) **Hirsch. Augenaffectienen bei Hydrops der Nebenhöhlen der Nase.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 24. Juni 1910.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 29. 1910.*

Zwei Fälle. Im ersten Hydrops der einen Stirnhöhle mit geringen Augenbeschwerden, im zweiten Hydrops beider Sinus frontales und ethmoidales, sowie des einen Antrum Highmori mit beiderseitiger Sehnervenatrophie.

HANSZEL.

45) **R. Hoffmann** (Dresden). **Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankungen der oberen Luftwege. V. Ueber einen Orbitalabscess nach Siebbeineiterung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 109. 1910.*

Der Anamnese nach acute rechtsseitige Eiterung in Kieferhöhle, Siebbeinzellen und Stirnhöhle führt bei 20jährigem Mann zu Orbitalabscess, der 9 Tage nach Beginn der Erkrankung spontan durch das obere Augenlid durchbricht. Besserung. Als aber trotz nasaler Behandlung die Eiterung aus der Fistel andauerte, wurde einen Monat nach Krankheitsanfang die Killian'sche Stirnhöhlenoperation und die Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus vorgenommen. Es fand sich ein erbsengrosser Durchbruch nach der Orbita in der Gegend der vorderen Siebbeinzellen und eine Knochennekrose am Orbitalboden. Heilung.

OPPIKOFER.

46) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Sehstörungen, durch Affectionen der Nase bedingt.** *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1910.*

B. berichtet in extenso über eine Reihe Fälle mit Sehstörungen (acute und chronische Papillitiden mit Skotomen), bei denen die Untersuchung der Nase

keinen Hinweis für eine Nebenhöhlenaffection ergab. Dagegen zeigten sich mehrfach Hypertrophien oder bullöse Auftreibungen am hinteren Ende der mittleren Muschel, deren Entfernung eine bedeutende Besserung, bisweilen sogar ein vollständiges Verschwinden der Augenstörungen im Gefolge hatte. In einigen Fällen brachte auch die breite Eröffnung der Keilbeinhöhle, die weder Eiter noch seröse Flüssigkeit enthielt und nur verdickte Schleimhaut zeigte, die Augensymptome zum Schwinden.

Autor glaubt, diesen Symptomencomplex in erster Linie durch Circulationsstörungen erklären zu müssen.

Anschliessend erwähnt Autor noch eine durch isolirte Keilbeineiterung bedingte Amblyopie, die gleichfalls durch breite Eröffnung der Keilbeinhöhle bedeutend gebessert wurde, sowie einen Fall von Gummabildung am Septum mit bedeutender Herabsetzung der Sehkraft am Auge derselben Seite. Abtragung der gummösen, anfangs nicht als Gumma diagnosticirten Vorwölbung am Septum und später verabreichtes Jodkali brachten das Sehvermögen zur Norm, wobei jedoch mit der Möglichkeit einer gummösen, retroorbitalen Infiltration des Sehnerven als Ursache der Sehstörung gerechnet werden muss. Auf Grund seiner Beobachtungen und Erfolge hält Autor eine rhinologische Untersuchug bei jedem Falle von acuter und chronischer Papillitis für angezeigt.

HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

47) **K. Kothe. Entwickelungsgeschichtliche Untersuchungen über das Zungenbein und die Ohrknöchelchen der Anuren.** *Dissert. Philos. Fac. Berlin 1910.*

Von rein zoologischem Interesse.

J. KATZENSTEIN.

48) **K. Warnekros. Ueber die Function des M. constrictor pharyngis sup. bei der Sprache unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** *Dissert. Berlin 1908.*

Diese Dissertation ist in der Arbeit über Gaumenspalten von Warnekros Vater eingehend referirt. Das Referat über letztere Arbeit sowie die Schlusssätze der Dissertation findet der Leser im Centralbl. f. Laryngol. Bd. 25. S. 519.

OPPIKOFER.

49) **Herber** (Bonn). **Die Lehre von der Vererbung in ihrer letzten Consequenz auf Kiefer und Zähne des Menschen.** *Sammlung v. Vorträgen aus d. Gebiete d. Zahnheilkunde, herausgegeb. v. W. Pfaff, Leipzig Dyk'sche Buchhandl. 1910.*

In dem Vortrage werden die Erblichkeitstheorien, sowie die Theorien über die Entstehung und Entwicklung der Arten und die Vererbung erworbener Eigenschaften besprochen. Aus dem Kapitel über die Vererbung der Form der Kiefer und unregelmässigen Zahnstellung sei die Schlussfolgerung des Verf. hervorgehoben, wonach die Form des Kiefers wie die Stellung der Zähne, sowohl in der normalen wie anormalen Form, lediglich Producte der Lebenslage und als solche unabhängig von der Vererbung sind. Daher müssen alle Consequenzen, welche mit der Vererbung als ätiologischem Faktor für diese Bildung rechnen, nach dem heutigen Stande der Wissenschaft als falsch bezeichnet werden.

SEIFERT.

50) **Déjouany. Habituelle Luxation des Kiefers. (Machoire à ressort.)** *Société de Médecine militaire française. 4. April 1910.*

In diesen seltenen Fällen, in denen es sich um eine Subluxation des Meniscus nach aussen oder nach vorn handelt, kann man mit dem Finger im Niveau des Kiefergelenks ein Ausschnappen fühlen und man hört ein Knacken.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Willmaers. Die mechanische Behandlung der Unterkieferfracturen, (Le traitement mécanique des fractures du maxillaire inférieur.)** *Archives Méd. Belges. Juin 1910.*

Angesichts der mit der zahnärztlichen Prothese erzielten Fortschritte müsse der Chirurg bei der Behandlung der Fracturen des Unterkiefers dem zahnärztlichen Mechaniker gegenüber die Waffen strecken, und die Behandlung durch mechanische Cooptation bilde vorkommenden Falls meistenteils das zu wählende Verfahren.

BAYER.

52) **Loos** (Strassburg). **Zur Casuistik erworbener Kieferdifformitäten.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1910.*

Mittheilung eines Falles von multipler Tuberculose bei einem 10jährigen Mädchen, bei dem der Autopsiebefund des Unterkiefers einen grossen ausgeheilten Knochendefect ergab — es war vor Jahren hier ein Sequester entfernt worden. Die beiden Hälften des Unterkiefers convergirten spitzwinklig und waren durch ein falsches, membranöses Gelenk miteinander verbunden. Der Defect zeitigte eine sehr eigenartige Verschiebung der Zähne, die die beigefügte Abbildung anschaulich wiedergiebt.

HECHT.

53) **John Speese. Epulis und Kiefersarkom. (Epulis and sarcoma of the jaw.)** *Annals of Surgery. October 1910.*

Histologisch finden sich in der Mehrzahl der Fälle Riesenzellen in enormer Zahl in dem aus Spindel- oder Rundzellen gebildeten Tumor. Manchmal erscheint die Epulis auch als Fibrom. Völlige Entfernung des Tumors nebst dem Knochenstück, an dem es anhaftet, sind wesentlich. Kiefersarkome sind seltener als Kiefercarcinome; in ihrer Aetiologie spielt das Trauma eine Rolle.

EMIL MAYER.

54) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Behandlung der Kiefercysten. (De behandeling der kaakkysten.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 24. 1910.*

An der Hand von fünf einschlägigen Fällen empfiehlt Verf. die Partsch'sche Operation der paradentären Cysten, bei welcher die Cystenhöhle weit eröffnet, die Epithelbekleidung derselben aber sorgfältig intact gelassen wird. Diese Operation führt in weitaus den meisten Fällen zum Ziel. Dieselbe ist sehr wenig eingreifend, erfordert keine Narkose und kann von jedem Operateur gemacht werden. Nur für eine kleine Zahl der Fälle ist eine eingreifendere Operation und zwar die von Jacques und Michel, nach dem Luc-Caldwell'schen Princip angegebene Operation angezeigt.

H. BURGER.

55) **Pistre. Ueber die verkästen Paradentärcysten. (Kyste paradentaire caséeux.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 47, 48. 1910.*

Für Rhinologen haben diese Gebilde nur differentiell diagnostisches Interesse.

Noch dazu wird dies Interesse gemildert durch die enorme Seltenheit dieser Affection. Pistre hat im Ganzen 7 Fälle in der Literatur gefunden und von diesen ist einer auch keine paradentäre Cyste, sondern ein verkästes Sinusempyem. Der vom Autor operirte Fall hat klinisch nichts Besonderes geboten. Auffallend ist nur die lange Dauer, die die Heilung nach der Operation in Anspruch genommen hat, mehr als 6 Monate. Das Interessanteste an der Arbeit sind die Untersuchungen, die Pistre über die Verkäsung des Cysteninhalts angestellt hat. Die Hauptursache der Verkäsung ist die Verunreinigung des Cysteninhalts durch den Aspergillus und durch andere weniger constante Bacillen. Hierzu kommt noch, dass das Terrain für eine solche Verkäsung günstig ist, ohne dass es sich, wie Cozzolino glaubt, um Tuberculose, noch wie Lubet-Barbon glaubt, um Lues handelt.

LAUTMANN.

56) **A. Ascoli. Ueber die Meiostagminreaction bei Maul- und Klauenseuche.** *Zeitschr. f. Infectionskrankh. Bd. 8. H. 4/5. S. 308.*

Diese neue Immunitätsreaction beruht auf den Veränderungen der Oberflächenspannung, die in flüssigen Medien beim Zusammentreffen von Antikörpern und Antigenen stattfinden.

J. KATZENSTEIN.

57) **Bergmann** (Berlin). **Zur Selbstdesinfection der Rachenhöhle.** *Aerztliche Vierteljahrs-Rundschau. 1. Juli 1910.*

Empfehlung der von Bergmann angegebenen Halskaupastillen.

SEIFERT.

58) **Imhofer** (Prag). **Die acuten infectiösen Erkrankungen des Rachens (mit Ausschluss der Diphtherie).** *Prager med. Wochenschr. No. 7. 1910.*

Uebersichtsreferat der Literatur des Jahres 1909.

HANSZEL.

59) **Achmond Mc Kinney. Streptokokkeninfectionen des Halses. Weitere Beobachtungen. (Streptococcic infections of the throat. Further observations.)** *Medical Record. 7. Mai 1910.*

In den meisten dieser Fälle hat man es mit einer Mischinfection zu thun und zwar findet sich mit dem Streptococcus in der Regel der Staphylococcus vergesellschaftet. Streptokokkeninfectionen nehmen bei den verschiedenen Individuen einen verschiedenen Typus an und aus diesem Grunde hat man bisher noch kein vollkommenes Serum herstellen können. Vielleicht würden autogene Sera, wenn sie hergestellt werden könnten, günstig wirken. Diese Infectionen und die Scharlachanginen bieten dasselbe Bild in klinischer und bacteriologischer Hinsicht; es kann aber nicht positiv gesagt werden, dass sie identisch seien, wenn auch der ätiologische Factor derselbe ist.

Wir müssen uns heute darauf beschränken, die aus der Resorption von Toxinen resultirende schwere Allgemeininfection durch Hebung der Widerstandskraft der Patienten zu bekämpfen.

EMIL MAYER.

60) **E. Matter Sill. Entzündliche und eitrige Erkrankungen des Retropharynx bei Kindern. (Inflammatory and suppurative conditions of the retropharynx of infants.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Februar 1910.*

S. constatirt, dass die anatomischen Bedingungen eine Infection des Retro-

pharynx bei kleinen Kindern verhältnissmässig leicht zu Stande kommen lassen. Verf. bespricht die Diagnose und Therapie. Unter 49 seiner Fälle waren 19 über ein Jahr alt und 30 waren ein Jahr alt und jünger; 26 Patienten standen im Alter von 6 Monaten bis zu 1 Jahr. Der älteste Fall war 3 Jahre alt.

EMIL MAYER.

61) **Alexander Spingarn. Kurzer Bericht über drei ungewöhnliche Fälle von Retropharyngealabscess. (A brief report of three unusual cases of retropharyngeal abscess.)** *Medical Record. 24. September 1910.*

Im ersten Fall wurde erst die Diagnose auf Cervicaladenitis und rheumatische Torticollis gestellt, bis die Schwellung an der hinteren und seitlichen Pharynxwand sich zeigte und die Diagnose auf Retropharyngealabscess lautete. Eine bestehende Pulsverlangsamung wurde durch Druck der Schwellung auf den Vagus erklärt. Bei tiefer Incision entleerte sich kein Eiter; erst am nächsten Tage floss aus der Incisionsöffnung Eiter heraus. Heilung.

Im zweiten Fall trat Pyämie und Exitus ein.

Im dritten Fall bestand Dyspnoe in Folge Oedems des Pharynx- und Larynxeingangs.

EMIL MAYER.

62) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Kritisches zur Frage der Function der Mandeln.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 23. H. 1. 1910.*

Verf. gelangt in seiner Arbeit zu dem Resultate, dass die alte Schleimtheorie, sowie diejenige, welche den Mandeln die Aufgabe zuschreibt, die überflüssige Speichel- bezw. Thränenflüssigkeit aufzusaugen und sie dem Kreislauf wieder zuzuführen, und schliesslich auch die Theorie von der inneren Secretion der Tonsillen abzulehnen seien. Auch mit der Theorie von der hämatopoietischen Function der Tonsillen, insofern dieselbe die Aufgabe dieser Organe in der Bildung junger Lymphocyten für den Kreislauf erblickt, ist Verf. nicht unbedingt einverstanden, wenn es auch unzweifelhaft ist, dass in der normalen Mandel junge Lymphocyten gebildet werden. In Bezug auf die Brieger-Görke'sche Abwehrtheorie vermag Autor keinen Anhaltspunkt dafür zu entdecken, dass die Tonsillen mit einem besonderen Schutzmechanismus ausgestattet seien, der einer Infection dieser Organe wirksam entgegenarbeitet, während die Infectionstheorie, die die Tonsillen für die meisten Infectionskrankheiten verantwortlich macht, über das Ziel hinauszuschiessen scheint.

WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

63) **C. A. Parker** (London). **Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *Practitioner. Oct. 1910.*

Bei acuten Entzündungen ist der am häufigsten gefundene Mikroorganismus der Streptococcus pyogenes, aber auch Staphylokokken, Pneumokokken und andere Varietäten verursachen ebenfalls Tonsillitis. Das Vorhandensein einer localen Infectionsquelle in Nase, Mundhöhle oder Zähnen ist oft die Ursache einer Tonsillitis; es ist nicht genügend bekannt, dass Zahncaries, Nebenhöhlenerkrankungen und besonders Pyorrhoe die Tonsille inficiren können. Verf. unterscheidet vier Arten ulcerativer Tonsillitis: 1. Die einfache oder benigne. 2. Die schwach-septische, die man bei Leuten beobachtet, die in Hospitälern, Sectionsräumen etc. arbeiten. 3. Die acute-septische. 4. Die Angina Vincenti.

WATSON WILLIAMS.

64) **Ch. Parmentier. Die acute Angina beim Kinde. (L'angine aigue de l'enfant.)** *Le Progrès Médical Belge. No. 20. 1910.*

Einige symptomatologisch und therapeutisch wichtige Einzelheiten der klinischen Formen der acuten Angina beim Kinde mittheilend, spricht der Autor seine Meinung dahin aus, dass er glaubt, dass eine Tendenz herrsche, viel zu leicht die Amygdalotomie und Adenotomie anzurathen und dass man die radicalen Mittel nur dann in Vorschlag bringen solle, wenn die Physiotherapie und die Erziehung der Athmung versucht wird.

AUTORFERAT.

65) **R. Krämer** (Wien). **Ueber das Vorkommen von Anginen bei der Anwendung von Tuberculinpräparaten.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1910.*

An der Universitäts-Augenklinik in Wien wurde seit etwa 7 Jahren in 70 Fällen von mit Neutuberculin und Bacillenemulsion injicirten Fällen 16 Mal das Auftreten einer Angina beobachtet und zwar in Form der catarrhalischen, folliculären und lacunären Angina. K. denkt an eine specifische Localreaction, ohne jedoch in der Lage zu sein, diese Meinung durch diesbezügliche Untersuchungen zu stützen.

HANSZEL.

66) **Dammann** (Berlin). **Tonsillare Therapie und Prophylaxe.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1. October 1910.*

Empfehlung der Bergmann'schen Halskautabletten.

SEIFERT.

67) **J. S. Byington. Tonsillectomie. (Tonsillectomy.)** *Journal Michigan State Society. Juni 1910.*

Die Indication besteht in wiederholter Erkrankung der Tonsille und chronischer Entzündung ohne Rücksicht auf ihre Grösse. Contraindicationen sind: Hämophilie; vorgeschrittene Tuberculose. Vorsicht ist zu beachten bei Berufssängern.

EMIL MAYER.

68) **Percy Fridenberg. Die kritiklose Enucleation der Tonsille. (Indiscriminate enucleation of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Januar 1910.*

Soll die Tonsille ganz entfernt werden, so giebt es keinen besseren Weg dafür, als die Fingerenucleation. Es ist aber sehr die Frage, ob die Entfernung der Tonsille mit der Kapsel in allen oder auch nur den meisten Fällen nothwendig oder nützlich ist. Bei Tonsillarhypertrophie ist die erste Indication, die Behinderung für die Athmung fortzuräumen. Amputation erfüllt diesen Zweck mit einem Minimum von Trauma und Gefahr und ohne deletäre Folgen für die locale Function oder das Allgemeinbefinden.

EMIL MAYER.

69) **Ernest V. Hubbard. Entfernung der Tonsille. (Tonsil removal.)** *N. Y. Medical Journal. 20. November 1909.*

Verf. bespricht die Behandlung der nicht über die Gaumenbögen hervorragenden Tonsillen. Er demonstrirt: eine Harpune, um die Tonsille hervorzuziehen; eine Schlinge; eine Scheere zum Lostrennen eventuell vorhandener Verwachsungen.

EMIL MAYER.

70) **Arthur J. Hill. Eine neue Tonsillenschlinge. (A new tonsil snare.)** *Journal American Medical Association. 6. November 1909.*

Beschreibung des Instruments. EMIL MAYER.

71) **H. H. Martin. Eine neue Tonsillenschlinge. (A new tonsil snare.)** *Journal American Medical Association. October 1909.*

Das Instrument, das ebenso wie das Mathieu'sche Tonsillotom angewandt wird, stellt eine Modification der Krausmüller-Peters'schen Schlinge dar.

EMIL MAYER.

72) **William Edwin Ground. Ein neues Tonsillotom. (A new tonsillotome.)** *Journal American Medical Association. 26. Februar 1910.*

Der schneidende Theil ist rechtwinklig zum Handgriff angebracht. Adhäsionen werden zuvor mit einer vom Verf. angegebenen krummen Scheere getrennt. Das Tonsillotom ist für beide Seiten zu gebrauchen. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

73) **A. Mori. Diphtherie bei Säuglingen. (La difterite nei lattenti.)** *Il Morgagni. 1910.*

Verf. berichtet über Beobachtungen an 60 Säuglingen mit Rhinitis, Angina und Laryngitis diphtherica. Die Häufigkeit des Befundes von Diphtheriebacillen in der Nase von Neugeborenen oder von Säuglingen erklärt sich einerseits dadurch, dass die Neugeborenen nicht nur im Schlaf durch die Nase athmen, andererseits durch die physiologische antiseptische Wirkung, welche durch die Milch auf die Tonsillen, Gaumenbögen und Uvula ausgeübt wird.

Oft bleibt die Diphtherie der Nase unbemerkt, wenn sie sich nicht auf den Hals ausbreitet. Die Mortalität beträgt nach dem Verf. bei Säuglingen 38,3 pCt. Die gefürchtetste, häufig tödtliche Complication ist die Bronchopneumonie.

CALAMIDA.

74) **Curt Kayser** (Strassburg i. E.). **Ueber Nachkrankheiten und wiederholte Erkrankungen bei Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1910.*

Bericht über gehäuftes, familiäres Auftreten von Rachendiphtherie mit postdiphtherischen Lähmungen. Für das doch immerhin seltene Auftreten postdiphtherischer Lähmungen bei mehreren Mitgliedern einer Familie glaubt Verf. neben der Möglichkeit einer familiären, erblichen Disposition zu Erkrankungen der peripheren Herde noch die Thatsache berücksichtigen zu müssen, dass die Kinder — einer Gastwirthsfamilie entstammend — an regelmässige grössere Alkoholmengen gewohnt waren, und dass hier ebenso „wie auch bei anderen Krankheitszuständen besonders häufig Neuritiden auftreten, wenn gleichzeitig zwei Schädlichkeiten das Nervensystem treffen (Alkohol und Tuberkulose, Alkohol und Diabetes etc.)", die zwei Noxen — Diphtherietoxin und Alkohol — die postdiphtherischen Lähmungen begünstigten. Bezüglich der weiteren Erörterungen betr. der postdiphtherischen Nierenaffectionen, der Immunität gegen diphtherische Neu- oder Reinfektion, sowie des Zusammenhanges erworbener Immunität und Anaphylaxie im Sinne v. Pirquet's und Schick's sei auf das Original verwiesen. HECHT.

75) **Louis Neuwelt. Ungewöhnlich schnell auftretender Ausschlag nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Unusually quick rash following injection of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 1. October 1910.*

Noch nicht 10 Minuten nach Injection von 3000 I.-E. des Serums war der ganze Körper von Urticariaquaddeln von der Grösse einer Linse bis einer Bohne bedeckt. Dieser Auschlag bestand 36 Stunden, um dann allmählich zu verschwinden.

EMIL MAYER.

76) **J. R. Davis. Zwei die Wirkung von Diphtherieantitoxin illustrirende Fälle. (Two cases illustrating the effects of anti-diphtheritic toxin.)** *Australian Medical Journal. October 1910.*

In dem einen Fall trat ein masernähnliches Exanthem mit Arthralgie und Myalgie auf.

A. J. BRADY.

77) **J. E. Waxham. Intubation des Kehlkopfs nebst Bemerkungen über Anaphylaxie. (Intubation of the larynx with suggestions regarding anaphylaxie.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. September 1910.*

Wegen der Gefahr der Anaphylaxie stellt Verf. folgende Regeln auf: Bei primären Injectionen gebe man alles erforderliche Antitoxin in häufigen Intervallen, alle 8—10 Stunden, um das Auftreten der Anaphylaxie zu verhüten. Man erkundige sich, ob jemals, wenn auch vor Jahren, Antitoxin gegeben wurde, und wenn dies der Fall ist, verabfolge man nur kleine Dosen. Man gebe stets das reine concentrirte Antitoxin, denn die Gefahr liegt nur im Serum und nicht in den Antikörpern; je kleiner daher die Serummenge ist, welche die Antikörper enthält, um so geringer ist die Gefahr. Man vermeide bei der Injection, das Antitoxin in eine Vene zu spritzen. Man frage stets, ob Patient an Asthma, Heufieber oder Urticaria leidet; ist dies der Fall, so beginne man mit kleinen Dosen und steigere diese schnell, wenn keine unangenehmen Symptome auftreten.

In Fällen, wo sich angioneurotisches Oedem mit Urticaria entwickelt, sollen Sedativa gegeben werden, ferner innerlich und äusserlich Natriumbicarbonat; bei Larynxödem Eis, hypodermatische Adrenalineinspritzungen und eventuell Trachetomie. Bei plötzlichem Collaps sind künstliche Athmung und besonders subcutane Atropininjectionen indiciert. Die Zahl der Todesfälle in Folge Antitoxingebrauch betragen in der gesammten medicinischen Literatur 30—40. Diese Zahl ist verschwindend gering gegenüber den Tausenden, deren Leben durch Anwendung von Antitoxin gerettet wurde.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber Probleme und Fortschritte in der Erkenntniss der Vorgänge bei der menschlichen Lautgebung nebst Mittheilung einer Untersuchung über den Stimmlippenton und die Betheiligung der verschiedenen Räume des Ansatzrohres an dem Aufbau der Vokalklänge.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Path. u. Therap. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 3. S. 291. 1910.*

Verf. giebt einen Ueberblick über theoretische Fragen der Stimmbildung, die einestheils verschieden gedeutet werden, anderntheils ihrer Lösung entgegen gehen

oder der Beantwortung überhaupt noch harren. Der Grund der mangelhaften Kenntnisse auf dem Gebiete der Physiologie und der Pathologie der Phonetik beruht in erster Linie auf der unzureichenden Kenntniss der normalen Wirkung der Kehlkopfmuskeln. Genau bekannt ist nur die Wirkung des lateralen Theiles des M. crico-arytaenoideus posticus als Abductor, des medialen Theiles dieses Muskels als Antagonist des Spanners, des M. thyreo-cricoideus; nicht genau bekannt ist dagegen, in welcher Weise die Schliesswirkung des M. transversus und die Erweitererwirkung des M. crico-arytaenoideus posticus durch das Lig. jugale begrenzt ist. Ein Fortschritt ist gemacht in der Kenntniss des functionellen Baues der Stimmlippe selbst in Bezug auf ihre Zug- und Druckbeanspruchung und der Processus vocales anterior und posterior. Gut bekannt sind auch die Gelenkbewegungen, die mit der Erweiterung und Verengerung der Stimmlippen einhergehen.

Zwischen den elastischen Fasern der wahren und der falschen Stimmlippen besteht ein Zusammenhang, so dass bei Anspannung der wahren Stimmlippen auch die falschen mit angespannt werden. Bei stärkerer Anspannung verschwindet so das Lumen des Ventriculus Morgagni vollständig, und die falsche Stimmlippe ruht als Dämpfer auf der wahren. Die Lautgebung findet demnach bei den höheren Tönen nach Art der Flageoletttöne statt, indem die Stimmlippen durch die Stegwirkung der auf ihnen ruhenden falschen Stimmlippen nur in einem Theile ihrer Breite schwingen können. Auch die Kenntnisse von der Betheiligung der Kehlkopfmuskeln bei der Athmung haben sich geändert; so ist die exspiratorische Adduction der Stimmlippen nicht passiver Natur, sondern bedingt durch die active Thätigkeit des M. thyreo-cricoideus und der Schliesser des Kehlkopfes.

Verf. bespricht dann noch die verschiedenen sich vielfach widersprechenden Theorien der Laut- und Stimmbildung. Um am Lebenden den Stimmlippenton unter Ausschluss des Resonnanzapparates zu untersuchen, liess sich Verfasser eine starre Röhre bis dicht über die Stimmlippen einführen; es gelang ihm so zunächst Brusttöne, nach einiger Uebung auch Falsetttöne, beide ohne jeden Vocalcharakter, aber viel voller als am ausgeschnittenen Kehlkopfe, zu erzeugen. Länger andauernde Töne zu erzeugen, gelang nicht.

Ferner untersuchte Verf. den Einfluss der verschiedenen Räume des Ansatzrohres an dem Aufbau der Vocalklänge; es wurden dazu Experimente mit verschiedenen Vocalen angestellt, die einmal bei Abschluss der Choanen, dann bei hängendem Zäpfchen, zum dritten bei Zuhaltung der Nase stattfanden. Im Allgemeinen ergab sich dabei, dass die Nasenhöhle durch ihre Resonnanz die weniger hohen Theiltöne hervorruft.

OPPIKOFER.

79) **Stainforth. Einige Bemerkungen über einen Fall von Wernicke'scher Aphasie. (Quelques considérations sur un cas d'aphasie de Wernicke.)** *Archives Méd. Belges. Janvier 1910.*

42jähriger Mann bekommt im Verlaufe eines Rheumatism. articul. acut. mi Herzaffection einen apoplectiformen Anfall mit Bewusstlosigkeit. Einige Stunden darauf konnte man eine incomplete Hemiplegie der ganzen rechten Körperhälfte constatiren. Das rechte Bein ist gelähmt, aber der rechte Arm kann noch einige

Bewegungen ausführen; die Gesichtsmuskeln scheinen frei zu sein; zu gleicher Zeit besteht eine vollständige Aphasie. Nach einigen Tagen stellt sich eine Besserung ein mit Zurücklassung von Wortblindheit und Worttaubheit mit allen Symptomen der Wernicke'schen Aphasie. Daran anschliessend bespricht der Verf. die classische Theorie und die neueren Anschauungsweisen von Moutier, Lépine, Pierre Marie etc., welche dem Leser bekannt sein dürften. Leider unterblieb die anatomo-mikrographische Untersuchung des Gehirns des nach $1^1/_2$ Monaten einem neuen Anfall erlegenen Patienten, wodurch die Mittheilung an Bedeutung gewonnen hätte.

BAYER.

80) **Mahaim. Ein Fall von Apraxie durch Compression der linken Hemisphäre. (Un cas d'apraxie par compression de l'hémisphère gauche.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 7. 1910.*

Es handelt sich um einen Fall von Ideoapraxie in dem Sinne, welchen Liepmann dieser Bezeichnung gegeben hat — veranlasst bei einem Arteriosklerotiker durch Compression der linken Hemisphäre allein durch einen enormen pachymeningitischen Bluterguss. Die Compression war stark genug und von genügend langer Dauer, um eine durch Gewichtsabnahme nachweisbare Atrophie der linken Hemisphäre zu veranlassen. Die Agnosie konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden, da man mit dem Kranken, der keine Aphasie darbot, gut verkehren konnte.

BAYER.

81) **Mahaim. Ein Fall von sensorieller Aphasie in Folge von Rindenläsion. (Un cas d'aphasie sensorielle par lésion corticale.)** *Bulletin de l'Acad. Roy de Méd. de Belgique. No. 7. 1910.*

In dem vom Autor mitgetheilten Fall von sensorieller Aphasie: Worttaubheit, Paraphasie, Ataxie, Paragraphie, Schwätzer wie alle Sensoriellen, constatirte man bei der Autopsie an einer Serie mikroskopischer Schnitte eine diffuse Rindenläsion, die besonders intensiv war in dem wohl begrenzten Territorium, welches dem Centrum Wernicke's entspricht. Das Interesse dieser Beobachtung liegt in dem Factum, dass die Integrität der weissen subcorticalen Substanz vollständig ist und dass die sensorielle Aphasie von einer unilateralen destructiven Läsion der Rinde des hinteren Drittels der ersten Temporalwindung herrührt. Nun haben noch anno 1904 Déjerine und Thomas bestätigt, dass man bislang noch keine Beobachtung besitze, die dieser Forderung Genüge leiste.

BAYER.

82) **Van Gehuchten. Erkrankung der linken Zona lenticularis ohne Sprachstörung. (Lésion de Zone lenticulaire gauche sans trouble de la parole.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 1 et 2. 1910.*

38 jähr. Frau, welche Morgens mit einer rechtsseitigen Hemiplegie aufstand. Diese bestand in einer leichten Parese im Bereiche des Facialis inf.; vollständige und schlaffe Paralyse der ganzen rechten oberen Extremität und der ganzen unteren mit Ausnahme der Schenkelmuskeln, wo noch ein gewisser Grad von willkürlicher Motilität vorhanden war; auf derselben Seite Clonus des Fusses, Babinski-

sches Zeichen und Abwesenheit der Abdominalreflexe; Sensibilität normal; Zunge intact; nie hat auch nur die geringste Sehstörung existirt. Die Kranke erlag 75 Tage nach Beginn des Leidens. Während der letzten im Spital zu Löwen verbrachten 4 Wochen waren die Symptome stationär geblieben. Bei der Autopsie fand man einen umfangreichen Erweichungsherd in der Zone des Nucleus lenticul. der linken Hemisphäre. Der Herd hatte beinahe das ganze äussere Segment des Nucleus lenticul. der Capsula ext., die mittlere Partie des hinteren Armes der Capsula ext. und den ganzen Körper des Nucleus caudatus zerstört. Er erstreckte sich in seiner Höhe vom Niveau der vorderen Commissur hinauf bis ein wenig über die vordere Wand des Ventr. lateral. Diese Läsion der linken Zona lenticul. bei einem Rechtshändigen hat keine Störung der articulirten Sprache hervorgebracht.

Auf Grund dieser klinischen Beobachtung verbunden mit der mikroskopischen Untersuchung einer Reihe von Durchschnitten der verletzten Hemisphäre erörtert der Autor die Doctrin von P. Marie hinsichtlich des cerebralen Sitzes der Läsionen bei Aphasie. Es frägt sich, wo in der Zona lenticul. die causale Läsion der Anarthrie sitze. Er glaubt annehmen zu dürfen beim Vergleich der beobachteten Läsionen bei den von Moutier beschriebenen Fällen, dass die einzige gemeinschaftliche Läsion bei all' diesen Fällen die war, welche die corticospinalen Fasern des Knies der inneren Kapsel betraf. Da nun diese Fasern bei der von ihm beobachteten Kranken unversehrt waren, so ist es nicht zu verwundern, dass die Anarthrie ausblieb.

Verf. empfiehlt für die definitive Lösung der Frage der Aphasie das Studium:

1. der Fälle von Aphasie mit Hemiplegie, um eine vollständige Tabelle aller Läsionen, welche die Ursache der Aphasie bilden können, anfertigen zu können;

2. der Fälle von rechtsseitiger Hemiplegie ohne Aphasie, um eine Tabelle von allen Läsionen der linken Hemispäre anfertigen zu können, welche gewiss nicht bei dem Mechanismus der articulirten Sprache betheiligt sind.

Beim Vergleich dieser beiden Sorten von negativen und positiven Resultaten wird man leichter und sicherer zur Erkenntniss der Rindenzone gelangen, welche bei der Function der Sprache intervenirt.

BAYER.

83) **Senator. Behandlung der hysterischen Aphasie.** (Traitement de l'aphasie hystérique.) *Archives Internat. de laryngol. T. XXXI. No. 1. 1910.*

Uebersetzung des Vortrages, den Verf. auf der Dresdener Tagung der Deutschen Laryngologen gehalten hat.

LAUTMANN.

84) **Staats** (Braunschweig). **Die häufigsten Sprachfehler des Kindes (Stammeln, Stottern u. s. w.) mit Demonstrationen.** *Med. Klinik. 49. 1910.*

Im Aerztlichen Kreisverein zu Braunschweig berichtete der Lehrer Staats über das Ergebniss der im November 1909 vorgenommenen Zählung der Sprachkranken in den städtischen Bürgerschulen in Braunschweig. Es stotterten 1,15 pCt. und stammelten 0,68 pCt. der Kinder. Auffallend ist die grosse Zahl stotternder Mädchen 2,76 m. : 1 w., während sonst das Verhältniss 10 m. : 1 w. angegeben wird.

SEIFERT.

85) **A. Myerson. Sprach- und Stimmstörungen und ihre Behandlung. (Speech and voice defects and their treatment.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. October 1910.*

Verf. erörtert die Störungen, die durch Missbrauch des gesammten Sprachapparates entstehen und deren Behandlung. EMIL MAYER.

86) **E. W. Scripture. Stottern. (Stuttering.)** *Arch. of Pediatrics. Juni 1910.*

Nach Ansicht des Verf.'s giebt es nur eine wissenschaftliche Behandlungsmethode, die darin besteht, dass man den Patienten im Gebrauch einer völlig normalen Stimme unterrichtet. Für den Stotterer ist das eine „neue Stimme", die für ihn gerade so ungewöhnt ist, wie Singen. Mit dem Augenblick, wo er mit normaler Stimme spricht, hört er auf, zu stottern, da er von seiner Zwangsidee befreit ist. EMIL MAYER.

87) **E. B. Mc Cready. Stottern. (Stuttering.)** *Journal Amer. Med. Associat. 16. Juli 1910.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Der fehlerhafte Gebrauch der Inspirations- und Exspirationsmuskeln von Lippen, Zunge etc., der zum Stottern führt, ist „die Folge einer unvollkommener Coordination, verursacht durch zusammenhanglose und regellose Function der Hirnrinde".

2. Diese Incoordination besteht zwischen dem nervösen Mechanismus, der den Vorgängen der Vocalisation und Articulation vorsteht und den Centren, von denen der Sinn für Melodie und Harmonie abhängt.

3. Die Heilung des Stotterns kann einzig bewirkt werden durch einen Compensationsvorgang, der durch Erziehung vorher nicht functionirender Zellen herbeigeführt wird und dadurch, dass die gegenüberliegende Hemisphäre gezwungen wird, ein Centrum zu entwickeln, das dem unvollkommen entwickelten ähnlich ist. Dazu würde die Umkehrung der Dexterität ein vernünftiges Verfahren sein.

EMIL MAYER.

88) **A. Iwanoff** (Moskau). **Ueber die Stimme Laryngostomirter.** *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 131. 1910.*

Bei den Laryngostomirten wird die Stimme allmählich wieder auffallend gut. Es bilden sich seitliche Wülste, die bis zu einem gewissen Grade die Function der Stimmbänder übernehmen. Doch ist die Sprache nicht fliessend, sondern stossend. Die Patienten brauchen viel Lungenkraft und werden deshalb beim Sprechen leicht müde.

J. hat mehrere Laryngostomirte phonetisch untersucht. Er giebt mehrere Curven der Mundathmung bei Phonation. Auch registrirte er die Vibrationen der Kehlkopfwände mit Hülfe des „Kehltonschreibers" von Brueger und Wirth. Der „Kehltonschreiber" schrieb bei den Laryngostomirten während der Phonation eine gerade Linie ein. OPPIKOFER.

89) **A. Iwanoff** (Moskau). **Technisches zur Laryngostomie.** *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 115. 1910.*

Die jetzige Mittheilung ist eine Ergänzung zu einer früheren Arbeit (Zeitschr.

f. Laryng. Bd. 2), in der J. seine Erfahrungen über Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfes mitgetheilt hat.

J. empfiehlt bei Spaltung des Kehlkopfes den Schnitt nur bis zum oberen Rande des Schildknorpels vorzunehmen, und die Membrana thyreo-hyoidea nicht anzuschneiden. Wenn sich grössere Eiterhöhlen und Fistelgänge um den Kehlkopf vorfinden, so entfernt J. „neuerdings submucös" den erkrankten Theil des Knorpelgerüstes. Mit der Plastik braucht man sich nicht zu beeilen, da oft auch grosse Defecte in der vorderen Wand der Luftröhre allmählich spontan sich verkleinern und spaltförmig werden. Wenn ein Anfrischen der Ränder zum Verschlusse des Defectes genügt, so zieht J. die Michel'schen Klammern den Nähten vor, da letztere erfahrungsgemäss fast regelmässig zur Eiterung führen. OPPIKOFER.

90) **H. Graff** (Bonn). **Seltene Verengerungen des Kehlkopfes.** *Mit 1 Röntgen-Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1910.*

Bericht über zwei klinisch interessante, auf operativem Wege geheilte Fälle; in beiden Fällen brachte erst die Operation eine klare Diagnose. Beim ersten Fall handelte es sich um eine „colossal starke Lordose der Halswirbelsäule, deren höchste Convexität den 5. oder 6. Halswirbel betraf, die sich vor dem Kehlkopfeingang vorgelegt und Athem- und Schluckbeschwerden verursacht hatte". Durch Abmeisselung einer fast $^3/_4$ cm dicken Knochenschicht wurden die Beschwerden beseitigt. Der zweite noch complicirtere Fall, der die mannigfachsten Störungen hervorgerufen und verschiedene irrige Diagnosen gezeitigt hatte, war durch unbewusste Aspiration eines „markstückgrossen Metalldeckels einer Mineralwasserflasche" entstanden, der Anfangs wahrscheinlich direct in den Kehlkopf hineingekommen, dann im Laufe der Zeit — es handelt sich im Ganzen um $2^1/_2$ Jahre — durch die hintere Larynx und Trachealwand durchgewandert war und — ohne die Speiseröhre zu verletzen — sich flach vor die Wirbelsäule gelegt hatte. Beide Fälle sind in extenso mit epikritischen Erörterungen in der Mittheilung geschildert.

HECHT.

91) **F. Pick** (Prag). **Narbige Larynxstenose.** *Prager med. Wochenschr. No. 17. 1910.*

P. demonstrirte in der Sitzung der Wissensch. Gesellsch. deutscher Aerzte in Böhmen vom 11. März 1910 einen 15 jährigen Knaben, der vor 5 Jahren Lues acquirirte und bei dem es trotz mehrmaliger antiluetischer Behandlung zu hochgradigen Veränderungen im Larynx, an der Epiglottis und an der Uvula kam. — Bougirung. HANSZEL.

92) **R. Steiner. Narbenstenose des Larynx.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 21. October 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1910.*

Ein Trauma auf den Kehlkopf eines Mannes machte die sofortige Tracheotomie nöthig, wonach sich allmählich eine Narbenstenose mit Ankylose des Arytaenoidalgelenkes in Folge von Narbenzug entwickelte. Bei Kehlkopfverletzungen ist der Aryknorpel selten mitbetheiligt. HANSZEL.

93) **A. Iwanow. Fall von descendirender Stenose der Athemwege. (Slutschai nishodjaschtschawo stenosa dichatelnich putei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 1. 1910.*

Die Stenose setzte bereits vor 6 Jahren ein nach einer Angina; sie ver-

schlechterte sich trotz Tracheotomie mit jeder Schwangerschaft. Aetzungen, Inhalationen, Jod innerlich hatten wenig Erfolg.

Zunächst wurde die Vermuthung ausgesprochen, es handle sich um Granulationen am Canülenende, da diese bereits 6 Jahre getragen wurde. Erweiterung der Tracheotomieöffnung bis zum Sternum. Ausschabung von Granulationen per Bronchoskop bringt nur zeitweilige Erleichterung; schliesslich Pneumonie und Lungenabscess und Tod.

Es erweist sich, dass die Trachea und Bronchien erster Ordnung der Schleimhautdecke vollständig verlustig gegangen sind. Wucherung der Submucosa. In den kleineren Bronchien Schleimhaut erhalten, aber stark geschwellt. Die Granulationen bestehen aus gewöhnlichen Granulationszellen. Um welchen Process es sich handelt, bleibt unbeantwortet.

P. HELLAT.

94) **Cantas. Ueber die Radiumtherapie bei den narbigen Veränderungen des Kehlkopfes und der Luftröhre. (De la radiumthérapie dans les sténoses cicatricielles du conduit laryngo-trachéal.)** *Archives Internation. de laryngologie. T. XXIX. No. 3.*

Es ist dies nur ein theoretischer Vorschlag, den der Autor bisher noch nicht in praxi erprobt hat. Er schlägt vor, die jetzt so gebräuchliche Laryngostomie dazu zu benutzen, um der Radiumtherapie eine bessere Gelegenheit zur Ausübung ihrer resorbirenden Kraft auf Narbengewebe zu bieten. Uebrigens sei bemerkt, dass auch diese Wirkung des Radiums sehr hypothetisch ist und die günstigen Resultate von Wickham und Degrais in der Behandlung der Keloide noch der Bestätigung bedürfen.

LAUTMANN.

95) **M. Nollen. Ueber die Anwendung des Morphiums bei den Larynxstenosen des Kindes. (Considérations sur l'emploi de la morphine dans les sténoses laryngées de l'enfant.)** *Dissert. Lille 1909.*

Auf der Diphtherieabtheilung des Hospital Saint-Sauveur wurde 14 Kindern neben der gewöhnlichen Behandlung auch Morphium injicirt. 4 Fälle schienen günstig beeinflusst zu werden, bei 6 war keine Wirkung zu constatiren und bei 4 Fällen war das Morphium direct schädlich.

OPPIKOFER.

96) **Fernando** (Palma, Mallorca). **Ein Fall von Punction der Membrana cricothyreoidea als Notheingriff bei Kehlkopfstenose. (Un caso de punción de la membrana crico-tiroidea como tratamiento de extrema urgencia en un estenosis laringea.)** *Archivos de Rinologia. August 1909.*

Verf. hat in diesem Fall mit Erfolg die Punction der Membrana crico-thyreoidea angewandt, deren Technik Botey angegeben hat.

TAPIA.

97) **Jaboulay** (Lyon). **Totale Larynxexstirpation wegen recidivirender Anfälle von syphilitischer Narbenstenose des Kehlkopfs. (Laryngectomie totale pour accidents récidivants de sténose cicatricielle syphilitique du larynx.)** *Lyon médical. No. 30. 24. Juli 1910.*

Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, der sich mit 24 Jahren syphilitisch inficirte und 6 Jahre später eine Kehlkopfstenose bekam. 1897 Tracheo-

tomie durch Garel, 1899 Laryngofissur durch Jaboulay, in demselben Jahre noch einmal Laryngotomie mit Excision der ganzen Schleimhaut; dann 1900 Larynxexstirpation. Patient starb 10 Jahre später an Lungentuberkulose. Die Autopsie ergab die interessante Thatsache, dass die Epiglottis regenerirt und durch die gewöhnlichen Plicae mit der Zungenbasis verbunden war, und dass sie sich durch Umbiegung ihrer Seitenränder in eine Art Rinne umgewandelt hatte; diese reichte nach unten bis zum Orificium tracheae, das sie beim Schluckact verschliessen konnte.

GONTIER de la ROCHE.

98) **F. Rouzoul. Canülenträger und Tracheoplastik. (Caunlards et trachéoplastie.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Um langdauernde Tracheotomieöffnungen zum Verschluss zu bringen, empfiehlt R. das Verfahren, welches Moure bei Gluck (Berlin) in Fällen von Fistelbildung im Anschluss an Laryngektomie ausführen sah. Moure hat diese Methode — 2 übereinander liegende Lappen von Rechteckform decken die Fistelöffnung — bis heute mit gutem Erfolge in 4 Fällen angewendet.

OPPIKOFER.

99) **Citelli** (Catania). **Intubation und Tracheotomie bei acuten Larynxstenosen der Kinder.** *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 237. 1910.*

Verfasser erzählt die Krankengeschichte eines Falles, bei dem die Intubation als Nachoperation der Tracheotomie werthvoll war. Es handelte sich um ein 4jähr. Kind, das wegen Larynxcroup tracheotomirt wurde. 14 Tage nach der Tracheotomie konnte die Canüle noch nicht entfernt werden; bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich eine subglottische Verengerung. Diese wurde durch 14tägige Intubation zum Schwinden gebracht.

Intubation und Tracheotomie schliessen sich nicht aus, sondern ergänzen einander. Bei den acuten Larynxstenosen des Kindes ist vorerst die Intubation vorzunehmen; man kann dann mit der Tracheotomie noch 1—2 Tage warten, falls die Tube gut sitzt und das Kind in Ueberwachung bleibt. Erweist sich nach 1—2 Tagen die Tracheotomie doch noch als nothwendig, so soll dieselbe am wieder intubirten Kinde vorgenommen werden. Ist das Décanulement später schwierig, so wird das Kind wieder intubirt und event. die Tube im Larynx durch die Trachealwunde hindurch fixirt. Wenn Intubation und Tracheotomie einander in richtiger Weise ergänzen, so wird die nicht unbedeutende Zahl der chronischen Stenosen vermindert und dadurch die Laryngostomie nur selten nothwendig sein.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

100) **L. Krehl** (Heidelberg). **Rath zur Vorsicht bei Gebrauch des Jods.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1910.*

Der Symptomencomplex der Thyreotoxie ist äusserst mannigfach und tritt oft auf, ohne dass wir in der Lage wären, anatomische Veränderungen der Schilddrüse zu constatiren. Wir müssen uns schliesslich darüber klar werden, dass Krankheitserscheinungen thyreogen sein können, ohne dass wir zu dieser Diagnose

als nothwendige Unterlage eine Vergrösserung der Drüse zu finden brauchen. Die bekannten Schädigungen, die der Jodgebrauch bei Struma hervorrufen kann, auf die schon Theodor Kocher aufmerksam machte, bedürfen doch einer grösseren Beachtung, umsomehr, als sie nicht, wie der Jodismus, bei Aussetzen des Jods wieder verschwinden, sondern selbst bei ganz kleinen und nur kurz dauernden Jodgaben den Patient auf die Dauer schwer schädigen und das ganze Symptomenbild des Morbus Basedowii auslösen können, bisweilen nur einzelne Symptome, insbesondere nervöse Erregtheit und Abmagerung oder das Gefühl grosser Hinfälligkeit oder Leistungsunfähigkeit. Ebenso wie bei Strumen, sollte auch bei Arteriosklerose das Jod — dessen günstiger Einfluss bei geeigneten Fällen nicht bestritten werden soll — nur mit der grössten Vorsicht und nur unter ärztlicher Controlle verabreicht werden. Jedenfalls sollte man bei jedem Falle von Arteriosklerose vor der Verordnung von Jod sich davon überzeugen, dass weder eine Vergrösserung der Schilddrüse, noch dass irgend welche thyreotoxische Symptome bestehen. „Zeigt sich auch nur das Geringste, so ist es sicher besser, vom Gebrauch des Jods abzurathen.“ Die verschiedenen Jodpräparate sind in dieser Hinsicht vollkommen gleich.

HECHT.

101) **Römheld** (Hornegg). **Gefahren der Jodmedikation, Jodempfindlichkeit und Jodbasedow.** *Med. Klinik. 49. 1910.*

Siehe Referat aus dem Württ. med. Correspondenzblatt.

SEIFERT.

102) **Rudolf Hoffmann** (München). **Beeinflussung der Basedowsymptome von der Nase aus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. H. 9. 1910.*

Verf. citirt die verschiedenen in der Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle, bei denen intranasale galvanokaustische Eingriffe, Polypenextractionen etc. die Symptome eines bestehenden Basedow. oder einfacher Struma bedeutend besserten und berichtet anschliessend über zwei eigene, gleichfalls erfolgreich von der Nase aus behandelte Fälle. Auf Grund anatomischer und physiologischer Erwägungen erklärt Verf. „das Verschwinden der Basedowsymptome nach einfacher Galvanokaustik der Nasenmucosa ohne Beseitigung raumbeengender, die Mucosa irritirender Momente wohl nur als eine Summation von Reizen auf ein labiles Vasomotorencentrum, welches contrahirend auf die glatte Gefässmusculatur und erschlaffend auf die extravasale glatte Musculatur speciell der gleichnamigen Kopfhälfte einwirkt.“ Es empfiehlt sich daher, bei jedem Fall von Basedow'scher Krankheit eine eingehende Untersuchung der Nase, Beseitigung etwa vorhandener raumbeengender und reizauslösender Veränderungen und bei starker Füllung der Schwellkörper versuchsweise galvanokaustische Aetzung.

HECHT.

103) **Rudolf Hoffmann** (München). **Ueber Beeinflussung des Basedowexophthalmus von der Nase aus.** *Münchner med. Wochenschr. No. 44. 1910.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Basedow, bei denen er durch oberflächliche Schleimhautkaustik der Ethmoidalstellen der Nase einen bedeutenden Rückgang des Exophthalmus und bei dem einen Patienten auch eine Verkleinerung der Struma erreichte. Eine bei dem ersten Patienten wiederholt subcutan bezw. intramusculär verabreichte Adrenalininjection hatte eine weitere Verkleinerung der Struma und einen Rückgang der Pulsfrequenz im Gefolge.

HECHT.

104) **Leniez. Ueber den traumatischen Ursprung gewisser Basedowfälle. (De l'origine traumatiquo do certains goitres exophtalmiques.)** *Société de chirurg. 13. Juli 1910.*

Verf. demonstrirt drei fast identische Fälle. Es handelt sich um Patienten, bei denen 1 oder 2 Monate nach einem Sturz auf den Kopf alle Basedowsymptome auftraten. Einer wurde mit Hämato-Thyreoidin geheilt. GONTIER de la ROCHE.

105) **E. H. van Lier** (Amsterdam). **Blutuntersuchung bei Morbus Basedowii. (Over bloodonderzoek by morbus Basedowi.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II, p. 345. 1910.*

Verf. hat bei einer Anzahl Basedowpatienten das Blut untersucht in der Hoffnung, eine Indication zu finden für die Nichtoperabilität. In Holland ist man in der Basedowbehandlung sehr conservativ, und es wird oft nur in den letzten Stadien der Krankheit operirt. Die Zahl der Erythrocyten bleibt bei Basedow unverändert, wechselnd zwischen 4 und 5000000. Die Zahl der Leukocyten war höchstens 13000, mindestens 6000. Die von Kocher in der Mehrzahl seiner Fälle constatirte Leukopenie konnte Verf. nicht bestätigen. Wohl fand er eine starke Zunahme der Lymphocyten und der mononucleären Leukocyten auf Kosten der an Zahl zurückgegangenen polynucleären Leukocyten. Bei den Anfangsformen des Morbus Basedowii ist hauptsächlich die Zahl der mononucleären Leukocyten gewachsen; wird die Krankheit ernster, so nehmen gleichfalls die Lymphocyten zu. Bei den mit Thyreoidtabletten behandelten Fällen von Myxödem ist das relative Verhältniss der Leukocytenarten dasselbe wie bei Morbus Basedowii. Bei geheilten Basedowpatienten ist das Blut normal, gleichfalls bei der Struma parenchymatosa. In zweifelhaften Fällen von Morbus Basedowii hilft die Blutuntersuchung zur Feststellung der Diagnose. Bei Patienten mit erheblichen Blutveränderungen ist die Operation zu widerrathen. Dagegen ist bei beginnendem Morbus Basedowii mit verhältnissmässig starker Blutveränderung, falls interne Mittel nicht schnell helfen, Operation indicirt. H. BURGER.

106) **G. W. Crile. Ein neuer Grundsatz bei der Behandlung des Basedow. (A new principlo in treatment of exophthalmic goiter.)** *Journ. Amer. Med. Association. 1. October 1910.*

Auf Grund theoretischer Erwägungen empfiehlt Verf. die Unterbindung der A. thyreoidea superior mit daran anschliessender, mindestens einen Monat dauernder, Ruhecur. EMIL MAYER.

107) **Delore** (Lyon). **Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Traitement chirurgical du goitre exophthalmique.)** *Association française de Chir. XXIII. Congr. Paris. 3. Oct. 1910.*

Man muss unterscheiden zwischen dem Basedowkropf, wo die Operation der Wahl in der intraglandulären Enucleation der Kerne des primären Kropfes besteht, und dem wahren Morbus Basedowii. In letzterem Falle ist eine der verbreitetsten die Kocher'sche präliminäre Arterienunterbindung und complementäre halbseitige Thyreodektomie. Die Methode der Wahl ist die subcapsuläre Hemithyreodektomie mit Ligatur der Art. thyreoidea der anderen Seite.

Die Sympathektomie (die übrigens auf die Resection des Ganglion cervicale sup. und die darunter liegende Partie der Nerven beschränkt ist) ist für die Fälle geeignet, die besonders durch Exophthalmus ohne ausgesprochene Schilddrüsenvergrösserung charakterisirt sind.

Völlige Heilung ist selten; Besserung häufig; die Operirten bleiben Recidiven mit abgeschwächten Symptomen unterworfen. GONTIER de la ROCHE.

g. Oesophagus.

108) **Kovacs** u. **O. Stoerk** (Wien). **Ueber das Verhalten des Oesophagus bei Herzvergrösserung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1910.*

Die Druckbeeinflussungen des Oesophagus durch das vergrösserte Herz und besonders bei Vergrösserungen des linken Vorhofes machen sich insbesondere im Abschnitt zwischen Trachealbifurcation und Aortenkreuzung im Sinne einer Dislocation und einer Compression geltend. Subjective Beschwerden fehlen meist ganz oder es sind sehr geringe Schlingbeschwerden. Aehnliche Passagestörungen im Oesophagus können auch durch lordotische Deviationen der mittleren und unteren Brustwirbelsäule bedingt sein. HANSZEL.

109) **J. Tornai** (Budapest). **Beiträge zur Röntgendiagnostik der Verengerungen des Verdauungstractus.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1910.*

Verf. lässt seine Patienten mit Wismuth gefüllte Glutoidkapseln schlucken, und zwar, um das Maass der Verengerung feststellen zu können, werden diese Kapseln in dreierlei Grösse (6, 8, 10 mm Durchmesser) hergestellt. Das Verfahren kann bei Fällen von Oesophagusstenose versucht werden, wo die Oesophagoskopie oder die Sondirung contraindicirt oder aus irgend einem Grunde unausführbar ist. POLYAK.

110) **Capart jr. Ueber einen Fall von Divertikel des Oesophagus. (A propos d'un cas de diverticule de l'oesophage.)** *La Policlinique. No. 8. 1910.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler, Sitzung vom 9. April 1910, stellt C. einen im Jahre 1903 an einem „Pulsionsdivertikel" des Oesophagus wegen Deglutitionsbehinderung in Folge von Compression des Oesophagus operirten Mann vor. Die Operation (verticale Incision links von der Trachea, im Niveau des Sackes) war äusserst einfach und erwies, dass keine Stenose unterhalb der sackförmigen Dilatation vorhanden war. Danach Gewichtszunahme von 55 auf 72 kg in einigen Monaten. BAYER.

111) **E. Mayer. Oesophagusdivertikel. (Diverticules oesophagiens.)** *Archives Internation. de laryngol. T. XXXI. No. 1. 1910.*

Offenbar ist ein Stück des Manuscriptes nicht mit abgedruckt worden. Wer die Originalarbeit im Englischen lesen will, findet sie in den Berichten der Amerikanischen Gesellschaft für Laryngologie, Washington, Mai 1910. LAUTMANN.

112) **De Witt Stetten. Die Radicalexstirpation von pharyngo-oesophagealen Pressionsdivertikeln. (The radical exstirpation of pharyngo-oesophagus pressuro diverticula.)** *Annals of Surgery. März 1910.*

Bericht über einen glücklich operirten Fall. Verf. will auch zeigen, dass sorgfältige radiographische Studien für die Diagnose von Speiseröhrenerkrankungen positiv unerlässlich sind.

EMIL MAYER.

113) **W. Schüler. Zur Kenntniss der angeborenen hypertrophischen Pylorusstenose.** *Dissert. Halle 1908.*

Mittheilung des Sectionsbefundes einer hypertrophischen Pylorusstenose bei 14 Wochen altem Kind, das vom dritten Lebenstage an an heftigem Erbrechen gelitten hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Pylorusgegend fand sich hauptsächlich eine Verdickung im Gebiet der Ringmuskulatur, weniger der Längsmuskelfasern.

OPPIKOFER.

114) **Jesse S. Myer. Cardiospasmus mit Dilatation der Speiseröhre. Bericht über 10 Fälle. (Cardiospasm with dilatation of the oesophagus. Report of ten cases.)** *Journ. Amer. Med. Association. 29. October 1910.*

Verf.'s Ansicht geht dahin, dass für die Divertikelbildung eine angeborene Grundlage besteht; er bezweifelt, dass, nachdem einmal eine Divertikelbildung eingetreten ist, eine völlige Heilung erzielt werden kann. Je früher daher der Fall diagnosticirt werden kann, desto vollständiger wird die Heilung sein.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Rosenberg** (Berlin). **Therapeutisches Taschenbuch der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** Berlin 1910, H. Kornfeld.

Das therapeutische Taschenbuch von Rosenberg wird dem Studirenden und dem practischen Arzte ein willkommener Leitfaden sein, zumal nicht nur die Therapie der Krankheiten der oberen Luftwege in kurzer aber vollkommen ausreichender Weise dargestellt ist, sondern auch die Technik der Untersuchung, sowie die Pathologie genügende Berücksichtigung erfahren hat. Mit der Bemerkung, dass man bei syphilitischen Primäraffecten der Nase nicht sofort eine Inunctionscur einleiten solle, da sie vor dem Auftreten der Secundärerscheinungen vorgenommen, prophylaktisch hier nutzlos sei, wird man in dieser Fassung kaum einverstanden sein können.

Sicherlich ist die cursorische anatomische Schilderung der in Betracht kommenden Organe nicht überflüssig.

Seifert.

b) **Sargnon** et **Barlatier. Le traitement chirurgical des sténoses laryngotrachéales.** A. Maloine, Editeur. Paris 1910.

In vorliegendem Buche haben die Verff. die Gesammtheit ihrer Arbeiten über die Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen vereinigt.

In der Einleitung geben sie einen historischen Ueberblick, diesem lassen sie

allgemeine Betrachtungen über die bisher zur Dilatation des verengten Larynx angewandten Methoden folgen. Es passiren so Revue: die Intubation, Tracheotomie, die verschiedenen Verfahren der internen Dilatation, die blutige Erweiterung von innen mit oder ohne nachfolgende Dilatation, die blutigen Eingriffe von aussen mit oder ohne nachfolgende Dilatation.

Das wichtigste Capitel ist ohne Frage dasjenige, welches von der Laryngostomie oder vielmehr der Tracheolaryngostomie handelt. Verff. geben einen Ueberblick über die Geschichte dieser Methode, die bereits in der chirurgischen Praxis ihr Bürgerrecht erworben hat. Sie schildern sorgfältig und im Detail, wie man die Dilatation und besonders die Verbände macht. Das zweite Capitel enthält die Indicationen der Operation und die erzielten Resultate.

Im Ganzen kann man sagen, dass das vorliegende Buch einen sehr wichtigen Beitrag zu der interessanten Frage der Kehlkopfstenosen bildet, die so lange Zeit für Kranke und Laryngologen ein Gegenstand der Verzweiflung waren.

Zahlreiche Abbildungen, fast durchgängig Reproductionen nach Photographien, sind dem Buch beigegeben und erleichtern die Lectüre und das Verständniss.

Jeder Leser, der für die Frage der Kehlkopfstenosen Interesse hat, wird aus der Lectüre des Buches den höchsten Nutzen ziehen. E. J. Moure.

c) **Wilh. Fliess. Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. Zugleich ein Beitrag zur Nervenphysiologie.** Carl Marhold. Halle a. S. 1910.

Die Genitalstellen der Nase — die unteren Muscheln und Tubercula septi — schwellen physiologisch bei jeder Menstruation an, bluten leicht, sind auf Sondenberührung schmerzhaft empfindlich und etwas cyanotisch verfärbt — so behauptet F. Das ist aber nach meinen Beobachtungen, die ich lange Zeit regelmässig an einer grösseren Reihe von weiblichen Patienten gemacht, gewiss nicht allgemeine Regel.

Eine nasale Dysmenorrhoe liegt nach ihm in den Fällen vor, wo der Schmerz den Eintritt der Blutung überdauert und der Cocainversuch positiv ausfällt, und zwar soll dann nach Cocainisirung der Tubercula der Kreuzschmerz, nach der der Muscheln der Bauchschmerz schwinden. Verätzt man diese Genitalstellen, so sind die Patientinnen dauernd geheilt — so behauptet F. Hat er alle seine Kranken wiedergesehen? Auch die, die nachher andere Aerzte wegen des Weiterbestehens ihrer Beschwerden aufsuchten? Die Anschwellungen in der Nase werden hervorgerufen durch Infectionskrankheiten und Onanie, zu deren Folgen auch der neuralgische Magenschmerz gehört, dessen Localisation in der Nase in einer neuralgischen Veränderung der linken mittleren Muschel zu suchen ist.

Weiter hängen Menorrhagien von der Nase ab, wobei die mittlere Muschel eine Rolle zu spielen scheint.

In einer grossen Reihe von Fällen konnte F. den Nachweis führen, dass durch Anästhesirung der nasalen Genitalstellen der echte Wehenschmerz verschwindet, der nur durch Summirung des nasal-dysmenorrhoischen während der Gravidität entstanden ist.

Der Grundplan unseres gesammten Körperbaus weist eine segmentäre Anordnung auf; die Head'schen Zonen, die einen segmentären Typus aufweisen,

stehen mit der Nase in Zusammenhang, denn durch den positiven Cocainversuch schwindet gleichzeitig mit einem Fernschmerz auch die dazu gehörige Head'sche Zone. Da nun die Head'schen Zonen bestimmten Rückenmarkssegmenten entsprechen, müssen diese selbst in der Nase repräsentirt sein und zwar handelt es sich um eine nach Segmenten geordnete Repräsentation der schmerz- und temperaturempfindenden Elemente des Rückenmarks. Die Nase ist eine Station auf dem Wege, den die Schmerzerregung zum obersten Centralorgan nimmt, aber nicht für allen Schmerz, sondern nur für denjenigen Theil, welcher der Erregung eines oder mehrerer Rückenmarkssegmente entspricht. Mit der Beseitigung der „neuralgischen Veränderung" in der Nase beseitigt man auch die Empfindung der segmentären Rückenmarkserregung.

Nach dieser originellen phantasiereichen Erklärung stellt Verf. die ihm zustimmenden Urtheile zahlreicher Autoren zusammen und wendet sich gegen ein „Grüppchen" in Berlin und dessen „officiellen Wortführer" A. Kuttner. Mit welchem Recht er ihn so bezeichnet, weiss ausser Herrn F. wohl niemand.

Man wird F. nicht bestreiten können, dass bei dem erfolgreichen Cocainversuch der Erfolg nicht auf eine Allgemeinwirkung dieses Arzneimittels zu beziehen ist, und ich gebe ihm ebenfalls zu, weil ich dies selbst mehrfach beobachtet habe, dass wenigstens auch ohne Suggestion eine Cocainisirung der Nasenschleimhaut die dysmenorrhoischen Beschwerden beseitigen kann. Aber der Ton der Ueberhebung und der Vorwurf der Voreingenommenheit und Parteilichkeit ist K. gegenüber gewiss nicht am Platze, der sich mit dieser Frage eingehend beschäftigt und lediglich seiner auf zahlreiche Untersuchung gestützten Ueberzeugung Ausdruck gegeben hat. Im Uebrigen bestreitet ihm K. ja nicht seine Erfolge, sondern acceptirt nur nicht seine Erklärung. A. Rosenberg.

d) Rosenberg (Berlin). **Pathologie und Therapie der Rachenkrankheiten.** Specielle Pathologie u. Therapie von Nothnagel, fortgeführt von Frankl-Hochwart. A. Hölder. Wien u. Leipzig 1911.

Wir sind vollkommen mit Rosenberg einverstanden, dass er in einem solchen Lehrbuch die Anatomie und Physiologie mitberücksichtigt, wenn man auch annehmen darf, dass die betr. Verhältnisse dem Arzt geläufig sind, und ebenso muss man anerkennen, wie werthvoll eine eingehende Besprechung des allgemeinen Theiles erscheint, insbesondere wenn wie hier die Beziehungen des Einzelorgans zum Gesammtorganismus hervorgehoben werden. Was die einzelnen Capitel anlangt, so hätten wir bei Besprechung der Pharyngitis chronica gewünscht, dass die Beziehungen der Nasenerkrankungen (auch bei der Therapie) zu den chronischen Pharyngitiden noch mehr betont würden. Wie wichtig in Bezug auf den Erfolg der Adenotomie die Nachbehandlung auf Erlernung richtiger Nasenathmung sein muss, ist erfreulicher Weise stark hervorgehoben. Die Angina tonsillae linguae möchten wir etwas eingehender behandelt sehen.

Diese wenigen Aussetzungen dürften dem Werthe des Buches keinerlei Abbruch thun. Seifert (Würzburg).

e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. October 1910.

West (Baltimore): Fensterresection des Ductus nasolacrimalis in Fällen von Stenose.

W. macht oberhalb der unteren Muschel ein Fenster, wobei ein Stück des Os lacrimale und des Os maxill. sup. entfernt werden muss.

Von sieben so operirten Fällen sind fünf geheilt und zwei gebessert.

Ritter hat von anderer Seite erfahren, dass bei so operirten Patienten beim Schneuzen Nasensecret aus den unteren Thränenpünktchen herausfloss.

Wolff hatte in zwei Fällen nur vorübergehenden Erfolg, weil die Oeffnung im Thränennasencanal sich durch Granulationen wieder schloss.

Haike erzielte in einem Falle vollen Erfolg durch Entfernung der hypertrophischen unteren Muschel.

A. Meyer hat öfters das Leiden beseitigt durch Abspreizung der unteren Muschel, wenn sie den unteren Nasengang verengt.

Alexander: Die zuletzt genannten Maassnahmen können keinen Einfluss auf Stenosen des knöchernen Canals haben.

Gräffner zeigt das Präparat eines Falles von Mal perforant buccal bei einem Tabiker, das in die Oberkieferhöhle durchgebrochen ist.

Scheier: Zur Untersuchung der Keilbeinhöhlen mittelst Röntgenstrahlen.

Sch. hat schon früher axiale Aufnahmen der Keilbeinhöhle gemacht, aber die Vergrösserung und Verzerrung von der Gegend der Keilbeinhöhle ist viel zu bedeutend, als dass man von ihr ein klares und scharfes Bild bekäme; dagegen haben sie insofern einen praktischen Werth, als sie die topographisch-anatomischen Verhältnisse der Keilbeinhöhle feststellen.

Hänlein hat ebenfalls solche Aufnahmen gemacht, aber dabei keine scharfen und brauchbaren Bilder erzielt.

Halle: Fall von gummöser Syphilis der Luftröhre, Stenose des linken Bronchus.

Nach Injection des Ehrlich'schen Mittels war die schwere Syphilis innerhalb 14 Tagen verschwunden. Jetzt sieht man im Bronchoskop ringförmige Narben in der Trachea und eine narbige Stenose im linken Bronchus.

Scheier hat 606 in Fällen, wo Hg und J schlecht vertragen wurden oder nicht halfen, und dann angewandt, wenn Eile nöthig war, und war mit dem Erfolg sehr zufrieden, so dass in einem Falle mit schwerer Dyspnoe die Tracheotomie umgangen werden konnte.

Finder hat mehrmals vollständige Heilungen bei hereditär-syphilitischen Kindern innerhalb 8 Tagen gesehen; er benutzt die Oelsuspension. In einem Falle sah er Harnverhaltung auftreten.

Heymann hat besonders bei den gummösen Spätformen ausgezeichnete Erfolge gehabt, aber auch bei secundärer Syphilis.

Kuttner glaubt, dass 606 viel schneller wirkt, als Hg, was besonders in schweren Fällen ein grosser Vortheil ist.

Haike sah als Nebenerscheinung von 606 Pollutionen.

Echtermeyer sah in 2 Fällen ein Versagen des Mittels.

Lennhoff beobachtete in 2 Fällen Recidive.

Ritter: Fall von ungewöhnlichem Verlauf eines Retropharyngealabscesses.

Bei der Incision entleerte sich ein Esslöffel dünnen Eiters; die Untersuchung desselben ergab nichts Besonderes. Die Incisionswunde hat sich aber bisher — nach 4 Wochen — nicht geschlossen. Patient leidet an Diabetes.

Landgraf zeigt die mikroskopischen Präparate der chronisch entzündeten Schleimhaut und Knochen der Nase. Es handelte sich um eine Patientin mit schwerem Nasenbluten, das die Spaltung der Nase nothwendig machte. Das Septum war zerstört, das Naseninnere mit Granulationen ausgefüllt.

Schötz hätte, wenn örtliche Mittel die Blutung nicht dauernd stillen, innerlich Styptica, besonders Calciumpräparate gegeben.

Sitzung vom 11. November 1910.

Finder demonstrirt 1. einen Patienten mit Ulcus der Oberlippe, Defect des weichen Gaumens, Verwachsung der Zungenwurzel mit der hinteren Rachenwand und doppelter Strictur des Oesophagus. Anlegung einer Magenfistel. Hatainjection erfolglos;

2. eine Kranke mit einem kirschgrossen Loch in der Stirn, das wahrscheinlich auf ein chronisches Stirnhöhlenempyem zurückzuführen ist.

Halle: Die endonasale Eröffnung und Behandlung chronisch-kranker Stirnhöhlen.

H. glaubt, dass auch schwer chronisch-kranke Schleimhaut rückbildungsfähig ist, wobei der wesentliche Heilfactor neben freiem Ausführungsgang die die Nase ungehindert durchströmende Luft ist.

Die bisherigen Methoden, durch Schaffung einer breiteren Oeffnung für den besseren Abfluss des Eiters aus der Stirnhöhle zu sorgen, haben zu keinem brauchbaren Ergebniss geführt. Er geht nun in folgender Weise vor:

Das den Boden der Stirnhöhle bildende Knochenmassiv muss beseitigt werden, dann hat man einen grossen Durchgang zu ihr geschaffen, von dem aus sie gut behandelt werden kann. Vorbedingung für jeden intranasalen Eingriff ist die Möglichkeit, eine Sonde in die Stirnhöhle einzuführen. Ueber sie wird ein biegsamer Schützer in die Höhle hineingeschoben, an ihm entlang geht man mit einer Fraise, die, immer nach vorne fraisend, das Knochenmassiv abträgt, bis sie den Stirnhöhlenboden durchbohrt hat. Alsdann benutzt man eine vorne abgestumpfte Fraise



und, ist die Oeffnung ausreichend gross, eine birnförmige. Nunmehr kann der Schützer entfernt werden und die Höhle direct behandelt werden.

Die intranasale Behandlung kann und soll kein Ersatz für die radicalen Operationen sein, sie kann diese aber in einer Reihe von Fällen überflüssig machen und eine schwere Entstellung vermeiden. In einer grossen Zahl von Fällen ist auf diese Weise eine Heilung zu erzielen; unter 19 hat er nur 1 ungeheilten Fall, der anderweitig 16 mal von aussen und auch ohne Erfolg operirt worden ist.

M. Senator: Wenn die Einführung des Schützers gelingt, dann ist schon eine ausreichend weite Oeffnung von vornherein vorhanden. Die Fraisen können Schleimhautzerreissungen und Knochenfissuren machen und die elektrisch getriebenen Instrumente ermöglichen keine genaue Führung. Es besteht keine Sicherheit, dass die Fraise sich immer am Schützer hält und nicht seitwärts abspringt. Er berichtet über drei anderweitig operirte Fälle, in denen das Instrument einen falschen Weg gegangen ist.

Alexander glaubt, dass der Schützer nur sehr selten die Stirnhöhle sondiren kann und die laterale Wand ungeschützt bleibt; er warnt daher vor dieser Operation.

Peyser: In den schlimmsten Fällen gelingt eben die Einführung einer Sonde in die Stirnhöhle nicht und die Halle'sche Operation ist viel schwieriger und gefährlicher als die gross-chirurgischen Operationen. Bei genügend grosser Abflussöffnung — nach Freilegung der Nase und eventueller Ausräumung des Siebbeins — wendet man zweckmässig den Pyohauster an, wodurch man oft Heilung erzielt und eine äussere Operation vermeiden kann.

Brühl spricht auch der conservativen Methode das Wort, hält aber die Halle'sche Methode nicht dafür. Der Schützer kann Verletzungen machen und ebenso die übrigen Instrumente, die Methode ist also gfährlich.

Bruck: Die Fraise kann bei der Enge des Zugangs leicht Schleimhautverletzungen machen und dadurch Blutungen hervorrufen, die die Uebersichtlichkeit erschweren; wenn auch die Tabula interna geschützt ist, so ist es doch nicht die Orbita.

Finder: Eine complicirte, weitverzweigte Stirnhöhle ist von der in der Nase gemachten Oeffnung aus nicht ausreichend zu behandeln, wie dies bei der äusseren Operation möglich ist.

Rosenberg glaubt ebenfalls, dass die Einführung des Schützers nicht in allen in Frage kommenden Fällen möglich ist und fragt, ob H. nie Complicationen bei seiner Methode gesehen hat.

Halle hat in seinen Fällen den Schützer immer einführen können und nie eine Complication erlebt. Schleimhautzerreissungen, Fissuren im Knochen u. s. w. kommen nicht vor und die Führung der Instrumente ist eine durchaus sichere, ein seitliches Abspringen nicht möglich. Die von Senator erwähnten Fälle sind nur durch eine besondere Ungeschicklichkeit des Operateurs erklärlich. Bei Complicationen einer Stirnhöhleneiterung kommt nur die äussere Operation in Frage.

A. Rosenberg.



f) Jahres-Versammlung der Belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft.

XX. Jahrescongress, Brüssel, am 11., 12. und 13. Juni 1910.

Vorsitzender: Capart sen.

Sitzung vom 11. Juni, im St. Johanneshospital.

Bericht des Generalsecretärs Delsaux, welcher gelegentlich der 20. Jahresfeier der Gesellschaft sich als Thema: „Ursprung, Gründung und gegenwärtiger Stand der Gesellschaft für Otologie, Rhinologie und Laryngologie", gewählt hatte.

Wenn auch, wie der Redner bedauert, kein officieller Bericht über die ersten 5 Jahresversammlungen in dem Archiv der Gesellschaft niedergelegt ist, so dürfte ihm doch wohl nicht unbekannt sein, dass das Internationale Centralblatt für Laryngologie etc. gleich von Anfang der Gründung der Gesellschaft an, im Jahre 1890, schon regelmässige Berichte über die Sitzungen derselben gebracht hat.

Nach Erledigung des geschäftlichen Theils der Gesellschaft macht Broeckaert noch den Vorschlag, die Gesellschaft in einen professionellen Verband umzugestallen, welcher Vorschlag beinahe einstimmig angenommen wurde.

Sodann nimmt die Gesellschaft mit Stimmeneinheit den Vorschlag Delsaux's an, einen internationalen oto-rhino-laryngologischen Verband zu gründen, und ernennt Broeckaert, Delsaux und Trétrôp als Repräsentanten für den Fall des Zustandekommens seiner Gründung.

Für das kommende Geschäftsjahr wird Broeckaert als Vorsitzender ernannt und beschlossen, zwei Sitzungen abzuhalten, auf welchen zwei Fragen zur Sprache kommen sollen, nämlich erstens: Nothwendigkeit wiederholter Gehörsuntersuchungen bei Eisenbahn-, Marine- und Telegraphenbediensteten; damit werden Bôval, van der Calseyde und Capart jun. für die Wintersitzung beauftragt. Die andere Frage für die Versammlung im Juli 1911 lautet: „Differentialdiagnose zwischen den Pyolabyrinthiden und den Kleinhirnabscessen", und werden Hennebert (Brüssel) und De Stella (Gent) zu Berichterstattern ernannt.

Nachdem nun noch die Ernennung von Ehrenmitgliedern (Gellé in Paris), Titular-, associirten und correspondirenden Mitgliedern stattgefunden, wird begonnen mit:

I. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate:

Jauquet (Brüssel): Ein Fall von Pansinusitis mit ocularen, endocraniellen und pharyngealen Complicationen.

Der Kranke stellt sich mit Anschwellung der rechten Orbita, milchweissen Infiltrationen der gleichseitigen Cornea, deutlich sichtbarer, aber nur linksseitiger Papillitis (aus der Abtheilung des Prof. Gallemaerts) vor. Die Untersuchung ergiebt die Existenz einer Pansinusitis bilateralis und eines weichen Lateropharyn-

gealtumors vom Aussehen eines kalten Abscesses. Die vollständige einseitige Ausräumung rechterseits wird vorgenommen, ohne dass man irgend eine Communication mit dem Gehirn hätte auffinden können.

Nach der Operation und Anlegen des Verbandes scheint der Kranke sich in einem sehr günstigen Zustand zu befinden, bis eine Viertelstunde später ein Stillstand der Respiration eintritt, den unmittelbare Hülfeversuche nicht zu beseitigen vermögen.

Die Autopsie ergiebt: Basilarmeningitis, Thrombose des Sinus lateral. und median. mit Eiteransammlung, superficielle Nekrose der mittleren Etage, weite Eiterpassage in die Reg. pterygoid. durch das rechte Foramen ovale. Keine directe Communication mit dem Operationsfeld.

Discussion:

Cheval und Broeckaert sehen in dem Pharynxabscess einen Congestions- und keinen kalten Abscess, was Jauquet als Wortklauberei bezeichnet, da es sich um einen Senkungsabscess handele. Was die Frage Cheval's anbelangt, ob er die Untersuchung des Blutes und der Cerebrospinalflüssigkeit vorgenommen habe, so ist Jauquet weit entfernt, die Bedeutung derselben nicht anzuerkennen, aber die Symptome hätten genügt, um das Eintreten der endocraniellen Complicationen vorauszusehen. Die Operation sei daher in jedem Falle unvermeidlich und dringend gewesen, um die Chancen des Kranken, dem Tode zu entgehen, günstiger zu gestalten.

Trétrôp fragt, ob keine Begleiterscheinungen der Polysinusiten und endocraniellen Complicationen vorgelegen hätten; ob keine Tuberculose existirt hätte?

Jedenfalls, meint Jauquet, habe ein aussergewöhnlicher Parallelismus vorgelegen.

Delie (Ypres) glaubt, dass eine Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit absolut angezeigt gewesen wäre, um Aufschluss über das Verhalten der Meningen zu geben; schon makroskopisch hätte man eine exacte Diagnose einer eitrigen Meningitis machen können, und in diesem Falle, scheine es ihm, wäre ein Nichteingreifen eher am Platze gewesen.

Capart jun.: Wenn die Lumbalpunction den Zustand der Meningen hätte erkennen lassen, so hätte man folgerichtiger einen Eingriff vornehmen können; man hätte nach endocraniellen Complicationen suchen müssen. Eine Freilegung der Dura mater wäre angezeigt gewesen. Im vorliegenden Falle waren die endocraniellen Läsionen zu ausgedehnt, um ein günstiges Resultat erwarten zu lassen, aber in einem weniger schweren Fall hätte die Methode gestattet, einen endocraniellen Abscess zu operiren und zu einem guten Resultat zu gelangen.

Luc (Paris): Der klinische Fall Jauquet's beweise mit vielen anderen von ihm für seinen Bericht auf dem Budapester Congress zusammengestellten Fällen, dass intracranielle Complicationen im Gefolge von Frontaleiterungen nicht immer postoperativ seien und dass früher oder später diese Complicationen, sich selbst überlassen, im Stande wären, mit tödtlichen Zufällen abzuschliessen. Im vorliegenden Fall kam die Operation zu spät.

Jauquet betont ausdrücklich, dass die Operation keine Spur eines Durchbruchs von Eiter nach dem Gehirn ergeben habe, wie übrigens durch die Autopsie bestätigt wurde. Die Neuritis optica kam durch Eiterinfection vom Sin. sphenoid. her zu Stande. Die Lumbalpunction hätte ihn in seinem Entschluss, zu operiren, in keiner Weise beeinflussen können, da es sich darum gehandelt, möglichst rasch vorzugehen.

De Stella (Gent): Diagnose und Behandlung eitriger Labyrinthiden.

Broeckaert (Gent): Voluminöse Dermoidcyste des Mundbodens.

Cystentumor von der Form eines abgeschliffenen und platten Kieselsteins, auf buccalem Wege entfernt vermittelst einer Incision längs des Zahnfortsatzes, welche gestattete, denselben mit der grössten Leichtigkeit loszulösen.

Discussion:

Goris: Jede Operation sollte so aseptisch als möglich ausgeführt werden, deshalb operire er immer auf suprahyoidalem Wege, denn wenn in dieser geräumigen Tasche eine Infection stattgefunden hätte, hätte sie schwere Zufälle veranlassen können.

Broeckaert erwidert darauf, dass derartige Cysten immer über der Aponeurose des Mylohyoideus sitzen, und er keine Veranlassung gehabt habe, dieselbe zu überschreiten, um an den Tumor zu gelangen, welcher unterhalb der Mundschleimhaut gesessen.

Fernandés (Brüssel): Speichelstein im Stenon'schen Kanal.

Patient bot zu verschiedenen Malen eine Anschwellung der Reg. parotid. dar. Bei der Palpation constatirte der Autor die Anwesenheit einer Verhärtung, die von einem 25 cg schweren Speichelstein herrührte.

Capart sen.: Ein Fall von Sporotrichosis pharyngo-laryngea. Mikroskopische Präparate.

Kranker mit einer Pharyngo-Laryngealgeschwulst, die man für eine bösartige Affection hätte nehmen können; im Vorjahre präsentirte sich jener Tumor am Arme und in der Achselhöhle, der als Sporotrichose erkannt wurde. C. betont die Schwierigkeit der mikroskopischen Untersuchung und im Gegensatz dazu die grosse Leichtigkeit des Keimnachweises in geeigneten Culturmedien. Jodkalium innerlich genügte zur Heilung des Kranken.

Discussion: Trétrôp: Der erste Fall dieser Affection wurde in Amerika von Schenk im Jahre 1898 bekannt gegeben. Seit 1903 findet man keine Spuren davon in Europa. Im Allgemeinen ist der Ausgangspunkt der Krankheit der Mund und der Pharynx, worauf sich die Affection generalisirt. Es scheint, als ob die Gemüse, besonders der Salat die hauptsächlichsten Träger der Sporotrichose wären.

Goris: Beitrag zur chirurgischen Gesichtsplastik.

Mann mit einer ausgedehnten epitheliomatösen Ulceration, welche die Wange,

den Unterkiefer, die Submaxillaris, Carotidealdrüsen der rechten Seite, sowie die Submaxillardrüsen der linken Seite befallen hatte.

Ligatur der Jugularis interna und Massenentfernung des Drüsenpackets an der Carotis, dem linken Unterkiefer und der damit im Zusammenhang stehenden Drüsen, sowie derer der rechten Seite.

Plastik: Ein oberer Lappen, der Stirnhaut entnommen und heruntergeschlagen, mit der blutigen Fläche nach aussen, folglich mit der epidermalen nach innen; ein unterer Lappen wird aus der Claviculargegend entnommen, diese möglichst stark rasirend, und nicht bloss die Haut, sondern auch das Unterhautzellgewebe in sich begreifend. Dieser Lappen wird ebenfalls auf die operirte Seite applicirt, mit seiner blutigen Fläche nach aussen. Auf diese Weise wurde eine Mundschleimhaut (?) auf Kosten der Hautepidermis nachgebildet. Nach dreimonatigen Ueberlebens Tod an Bronchopeumonie.

Delsaux: Sammlung von Stereophotogrammen.

Einhundert Stereophotogramme mit Bezug auf 1. die Anatomie, mit besonderer Berücksichtigung der Anatomie der Nasen- und Nasennebenhöhlen (Rhinophantom Killian's); 2. die Pathologie der Nase, des Larynx und des Ohres; diese repräsentiren Fälle, welche in dem oto-rhino-laryngologischen Krankendienst im St. Johanneshosspital und in der Privatpraxis des Autors vorkamen; 3. die chirurgische oto-rhino-laryngologische Technik, besonders des Warzenfelsenbeins und die Operation der Gesichtspolysinusiten.

D. hebt die Dienste hervor, welche die polychromen Stereogramme der Wissenschaft leisten können.

II. Demonstration von Instrumenten.

Laimé (Paris): Mikrophon für Taube.

Vacher (Orleans): Starre kalte Schlinge oder Amygdalotomo-Ecraseur.

Obgleich in gewissen Fällen weniger leicht handlich ersetzt dieses Instrument die kalte Schlinge Vacher's; es hat den Vorzug einer unbegrenzten Dauer und schützt vor Hämorrhagien, was man dem gewöhnlichen Amygdalotom nicht nachsagen kann. In seiner Form an das Amygdalotom erinnernd, ist das Instrument aus zwei Stücken zusammengesetzt, die sich sehr einfach in Stand halten und leicht sterilisiren lassen. Es wird gehandhabt wie die kalte Schlinge, d. h. die Mandel muss vermittelst einer Zange in den Ring des Ecraseurs hereingezogen werden und ihre Abtrennung muss um so langsamer geschehen, je älter der Patient ist.

König (Paris): Neuer Brenner mit Schutzvorrichtung für die Behandlung der Sängerknötchen.

Der Autor zieht die galvanokaustische Methode der Abtragung mit der Schneidezange oder Doppelcurette für die Behandlung von Sängerknötchen oder polypoiden Stimmbandanschwellungen vor. Sie bietet den Vortheil, den Eingriff genau zu localisiren und den Kranken viel weniger Secundärinfectionen auszu-

setzen. Der Brenner des Autors ist von einer kleinen glatten Kupferhülse geschützt und nur an einer Stelle, die sich durch ihren Glanz abhebt, hervorspringend, und gestattet so die Cauterisation leicht zu localisiren.

König: Mehrere neue Instrumente für die submucöse Resection der Nasenscheidewand:

a) eine doppelt schneidende Zange mit verstellbarem Ellenbogengelenk, sowohl für die Freer'sche als die Killian'sche Operation:

b) ein Ecraseurspeculum;

c) eine in Bezug auf Krümmung modificirte Grünwald-Struycken'sche, wie eine Scheere schneidende Zange.

XII. Sitzung vom 12. Juni, im St. Johanneshospital.

III. Krankenvorstellung.

Fernandès (Brüssel): Einige Fälle von Nasenlupus.

Der Autor stellt drei Patienten mit deutlich ausgesprochenen Zeichen von Nasenlupus vor, bei welchen die Probe mit dem Koch'schen Tuberculin ein positives Resultat ergeben hatte. Die Kranken wurden mit Bepinselungen von reinem Parachlorphenol behandelt. Bei dem ersten Kranken ist nach dem Autor die Heilung perfect; der zweite bedeutend gebessert, obgleich die Behandlung seit einem Jahre ausgesetzt ist; der dritte endlich, welcher erst seit 2 Monaten in Behandlung ist, scheint ebenfalls davon günstig beeinflusst zu sein.

Merckx (Brüssel): Modification des für die Polysinusitis gewöhnlich angewandten Verfahrens.

Die meisten Chirurgen reseciren im Verlauf der Gesichtsausräumung bei Polysinusitis die Nasenbeine, sei es definitiv, sei es temporär. Die temporäre Resection mit osteocutanem Lappen birgt die Gefahr der Infection, ja sogar der Nekrose in sich; zudem ist die Callusbildung an dieser Stelle an und für sich unangenehm; endlich leidet die Narbe unter den Circulationsstörungen. Die definitive Resection giebt vielleicht bessere ästhetische Resultate, bewirkt aber häufig eine Asymmetrie der vorderen oberen Wand der Nasenhöhle. Der Autor empfiehlt nun nach Vornahme einer einzigen Hautincision eine getrennte Eröffnung zuerst des Sinus frontalis und dann eine zweite tiefer unten anzulegen, die den Nasengang und einen Theil der vorderen Wand des Sinus maxillaris in sich begreift. Diese Oeffnung, welche die Nasenbeine nicht berührt, erlaubt, das Siebbein und das Keilbein wie auf transmaxillarem Wege zu operiren mit Ausschaltung der oben bezeichneten Nachtheile.

Collet (Brüssel): An Gesichtssinusitis operirte Kranke.

C. zeigt zuerst eine an einer doppelseitigen Polysinusitis in zwei Zeiten, zuerst rechts und dann links im Zeitraum von 14 Tagen operirte Kranke. Die Operation war beinahe unblutig dank der Application von Adrenalin (1:3), zuerst als Nasentampon vor der Narkose und dann subcutan injicirt im Bereiche der Incision. Das Siebbein sowie das Keilbein wurden in Angriff genommen nach Beseitigung

des Os unguis und der knöchernen inneren Orbitalwand, die Nasenbeine blieben intact. Der Sinus maxillaris wird vom vorderen inneren Rand der mittleren Partie des Oberkiefers her attackirt.

C. stellt darauf eine zweite vor 4 Jahren an einer doppelseitigen Ethmoiditis auf intranasalem Wege operirte und für geheilt angesehene Kranke vor. Seither wurde diese hintereinander von einer Sinusitis frontalis ohne Mitbetheiligung des Sin. maxillar., von einer Sinusitis sphenoidalis und endlich einer Sinusitis maxillaris befallen und operirt. Der Autor betont das successive Auftreten dieser Sinusiten und denkt, dass es sich hier um den Verlauf einer Knochenaffection, „einer Osteomyelitis“ handle. Was ihn noch in seiner Anschauung bestärkt, ist, dass die Kranke manchmal noch entzündliche schmerzhafte Nachschübe mit Anschwellungen, sei es in der Stirngegend, sei es der Gegend des Nasenbeins oder des Gaumengewölbes, darbietet.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Fracturen der Schädelbasis, des Stirnbeins und der Gesichtsknochen. Schwere Gehirnverletzungen. Polysinusitis. Heilung.

Die verschiedenen Läsionen des Schädels, des Gehirns und der Sinus, welche der Kranke darbot, sind Folgen eines Traumas. 5 Operationen wurden hintereinander ausgeführt im Verlaufe von 8 Monaten, um endlich eine endgültige Heilung zu erzielen.

Der Autor betont hauptsächlich die ausgesprochene Toleranz des Gehirns und der Meningen bei so ausgiebigen Eingriffen, welche er ausführen musste.

Beco: Vorstellung von wegen Papillomen laryngostomirten Kranken.

Der erste dieser Kranken wurde am 2. Mai 1908 tracheostomirt und hatte seine Arbeit am 1. Juni wieder aufgenommen. Die Autoplastik der Stomie wurde 9 Monate später ausgeführt.

Der zweite, bei welchem drei Thyrotomien fehlgeschlagen, war seit 6 Jahren Träger einer Fistel, später einer Trachealcanüle. Dank der Laryngotracheostomie wurde die Heilung der Papillome im Zeitraum von $3^1/_2$ Monaten erzielt. Dieser Patient blieb seit 20 Monaten geheilt, hat aber noch seine Stomie.

Beim dritten war das Ende der Papillome voraussichtlich erst nach Ablauf zweier Jahre zu erwarten; allein im Verlauf des zweiten Jahres konnte er nicht sorgfältig genug beobachtet werden.

Der Autor bemerkt, dass er bei den ersten zwei Laryngotracheotomirten sehr schnell den Larynx sich schliessen liess, um nur eine Tracheostomie zu verhüten; bei dem dritten wurde wegen der Verbreitung der Läsionen die Laryngotracheostomie bis heute erhalten.

Blondian (Charleroi): Junge Frau mit Larynxpapillomen.

Die 21 Jahre alte Patientin ist seit 6 Jahren Trägerin einer Trachealcanüle. Voluminöse Papillome verlegen von allen Seiten her die Glottis. Vor drei Jahren wurde in Folge Verschlusses der Trachealöffnung und der Trachea

mit Papillomen eine dringende Operation vorgenommen, und zwar wurden jene nach einer kurzen Anästhesie mit Cocain mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt.

In diesem Fall ist die prolongirte Laryngostomie klar und deutlich angezeigt, und hätte dieselbe auch schon lange stattgefunden, wenn die Familie sich nicht jeder Intervention widersetzt hätte. Der Autor bezweckt mit der Vorstellung dieser Kranken, ein gewichtiges Element der Controverse ins Feld zu führen gegen die kürzlich noch von Saint-Clair Thompson ausgesprochene Meinung, nämlich dass die Papillome die Tendenz haben, gegen das Alter von 6 Jahren spontan zu verschwinden, und dass die Tracheotomie, verbunden mit Kehlkopfeingriffen genüge, um Papillome mit Suffocationserscheinungen zu heilen.

Jauquet (Brüssel): Vorstellen eines geheilten laryngostomirten Kranken.

Patient wurde im October 1907 operirt und vor 2 Jahren auf der Versammlung vorgestellt. Er war damals von seiner Laryngotrachealoperation vollständig befreit, aber seine Stomie, welche zu keinem Zwischenfall Veranlassung gab und vermittelst eines Heftpflasters geschlossen gehalten wurde, kam erst dieses Jahr durch eine einfache Naht in der Mittellinie zum definitiven Verschluss. Das Resultat ist sowohl in plastischer als physiologischer Hinsicht perfect.

Delsaux (Brüssel): Fünf Fälle von Laryngotrachealstenose auf verschiedene Weise behandelt.

Zuerst handelt es sich um einen Fall laryngotrachealer Narbenstenose, behandelt und geheilt mit der Laryngostomie und Caoutchoucdilatation. Dieser Kranke ist in zwei Sitzungen der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft vorgestellt worden. Derselbe ist vollkommen geheilt geblieben und befindet sich unter ganz normalen Bedingungen, wenn seine Stimme nicht infolge der Immobilisation des linken Stimmbandes in dem Narbengewebe rauh wäre. Sodann kommen zwei Canulards, wovon der erste in einem Dorfe in Flandern tracheotomirt worden war und den zu decanuliren dem Arzte nicht gelang. Nachdem sich der Autor durch die untere Tracheoskopie und retrograde Laryngoskopie von dem Fehlen jeden Respirationshindernisses überzeugt hatte, nahm er eine Serie von Trachealcocainisationen vor, welche gestatteten, dem Kinde momentan die Canüle zu entfernen und später ein Weglassen derselben während einer länger dauernden Zeit vorzunehmen. Darauf wurde die Trachealwunde zuerst mittelst des Fingers geschlossen und später mit einem Heftpflasterstreifen, den das Kind eine Stunde lang und noch länger trug; schliesslich schlief es ohne Canüle und blieb seither geheilt. Seine Stimme ist jetzt ganz normal. Das bedeutet einen Sieg für die respiratorische Wiedererziehungsmethode.

Der zweite Fall betrifft ein Mädchen von 13 Jahren, welches vor ca. $1^1/_2$ Jahren wegen einer Laryngotrachealstenose tracheotomirt worden war. Nach seiner Aufnahme ins Spital wurde es unter Adrenalin-Cocainanästhesie tracheoskopirt und laryngoskopirt. Die Behandlung durch die Canülenobturation und Heftpflasterapplication wurde ziemlich schnell der spasmodischen Stenose Herr, welche, zu der wahren Stenose sich hinzugesellend, auftrat, sobald man das Kind decanulirte.

Die zwei folgenden Kranken tragen noch ihre Canüle; ein Kind von 9 Tagen wurde eines Abends ins Spital gebracht mit drohender Asphyxie. Man machte mehrere Male die Intubation und dann nothgedrungen die Tracheotomie, welche die Eröffnung eines subglottischen Streptokokkenabscesses herbeiführte. Das Kind hatte ausserdem noch eine Pharynxnarbe, welche das nachfolgende Erscheinen einer lupösen Nasenwucherung als Folgeerscheinung einer tuberculösen Localisation erkennen liess. Nach Heilung seiner subglottischen Affection konnte es decanulirt werden. Dies dauerte aber nicht lange, und man musste das Kind von Neuem tracheotomiren; aber trotz zahlreicher und geduldiger Decanulementsversuche verliess es das Spital mit seiner Canüle. Leider entwickelte sich trotz seines Aufenthaltes auf dem Lande und vielleicht auch aus Mangel der nöthigen Pflege der Nasenlupus dergestalt, dass die ganze rechte Nasenhöhle von Krusten und lupösen Gewebsmassen ausgefüllt ist. Die Canüle, die es trägt, wird nur von Zeit zu Zeit gereinigt. Der Autor glaubt, dass man in diesem Falle mit grossem Nutzen eine Tracheostomie anlegen könnte. Später, wenn der Nasenlupus behandelt und hinlänglich gebessert sei, so dass man wenigstens von dieser Seite her keine Besorgnisse mehr zu haben braucht, könnte man dieselbe zum Verschluss bringen.

Die letzte Beobachtung betrifft ein 9 Monate altes Kind, welches in asphyktischem Zustande ins Spital gebracht worden war. Die Eltern glaubten, es habe ein Fragment einer Nussschale aspirirt. Fruchtloser Versuch mit der oberen Tracheobronchoskopie unter Chloroform; tiefe Tracheotomie, worauf das Kind wieder athmet und Farbe bekommt; weder die untere Tracheoskopie, noch die Auscultation, noch die Radioskopie liessen einen Fremdkörper entdecken.

D. hielt sich für berechtigt, es mit der respiratorischen Neuerziehung versuchen zu dürfen und liess unter beständiger Ueberwachung die Canüle verstopfen. Unglücklicherweise bekam während eines solchen Versuchs, als die Canüle mit einem Pfropf verschlossen war, das Kind einen Erstickungsanfall und musste man zu Inhalationen greifen, um demselben zu helfen. Daraufhin unterbrach D. diese Methode und schickte das Kind aufs Land, um später nach den Mitteln zu sehen, die physiologische Respiration wieder herzustellen.

Als Schlussfolgerung urgirt D. die Nothwendigkeit, die progressive Decanülisation zu versuchen, ehe man zur trachealen Laryngotracheostomie schreitet, welche die ultima ratio bilden müsse, um die Stenosen der oberen Luftwege zu beseitigen.

Ledoux (Huy): Gaumenplastik nach Totalresection des Oberkiefers.

Das von Ledoux angegebene Verfahren besteht in der Verwendung eines Fronto-Temporallappeus, dessen äusserster Theil zur Wiederherstellung des Gaumengewölbes verwendet wird, während der Rest zum Ersatz des Oberkörpermassivs dient. Nach vollendeter Kieferresection dissecirt man 1. einen Muskel-Hautlappen von 3—4 cm Breite und von 10—15 cm Länge; 2. näht man denselben, nachdem man ihn um seinen Zwischenaugenbrauenstil gedreht, an den übrig gebliebenen Theil des Gaumensegels an oder lässt denselben flottiren für den Fall, dass dieses

geopfert werden müsste; 3. näht man die beiden Ränder an den respectiven Theil, welcher von dem fibromucösen Gaumen übrig geblieben, längs des Zahnfleisches und auf der anderen Seite an den inneren Theil des Wangenlappens an; 4. hinter der Oberlippe frischt man die Rückseite des Lappens auf und näht ihn an.

In einer zweiten Sitzung, 14 Tage nach der ersten, durchtrennt man den plastischen Lappen an seinem Zwischenaugenbrauenstil und dreht ihn um seine retrolabiale Axe, so dass er den Wangenlappen polstert. Auf diese Weise füllt man die Kieferhöhle aus, ohne dabei die entsprechende Nasenhöhle, die vollständig durchgängig bleibt, mit zu betheiligen.

Delsaux (Brüssel): Lymphadenom beider Ohrspeicheldrüsen.

Eine 67jährige Frau kommt wegen Eiterung des linken Ohres mit Fungositäten in der Trommelhöhle zur Consultation; zu gleicher Zeit hatte sie eine schmerzlose Anschwellung beider Ohrspeicheldrüsen. Die mikroskopische Untersuchung der Granulationswucherungen, welche zweimal dem Ohre entnommen waren, ergab einen gutartigen Charakter derselben. Eine grosse Lymphdrüse befand sich in der Regio infraauricul. und scheint die Ohraffection veranlasst zu haben. Die Kranke wurde rechts von Jauquet operirt, welcher die Parotis und die sie begleitenden Lymphdrüsen exstirpirte. Die mikroskopische Untersuchung des Präparats ergab ein Lymphadenom. D. machte darauf die Blutanalyse, welche definitiv die Leukämie und Pseudoleukämie ausschliessen liess; darauf nahm er auch links die Operation vor und exstirpirte in einer späteren Sitzung ein Lymphdrüsenpacket von der Grösse einer halben Faust. Die von Dr. Steinhaus vorgenommene mikroskopische Analyse ergab die Anwesenheit von tuberculösen Herden in der Drüsen selbst und in den Lymphdrüsen. Die Kranke ist augenblicklich auf dem besten Wege der Besserung. Der Autor verweist schliesslich noch auf die Differentialdiagnose der Affection.

Steinhaus (Brüssel) giebt einige histopathologische Aufschlüsse in Bezug auf das von Delsaux vorgestellte symmetrische Lymphom der Parotis, mit Demonstration von mikroskopischen Schnitten, welche er Gelegenheit hatte, davon anzulegen.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Ein bemerkenswerther Fall von Gesichts- und Halsgangrän.

Es handelt sich dabei um einen Fall von Streptokokkengangrän mit foudroyantem Verlauf, wahrscheinlich im Verlauf einer gleichartigen Angina. Die Affection war sehr ausgedehnt und tief in den Pharynx eingedrungen. Grosse Arterien, wie die Lingualis und Facialis, waren bis zur Carotis hin durch den gangränösen Process zerstört. Die Heilung der Kranken wurde durch ausgiebige Entspannungsincisionen und die Anwendung von Sauerstoffwasser und aromatischem Wein erzielt.

Delsaux (Brüssel): Mediastinaltumor mit Compression des Recurrens.

Kranke mit rechtsseitiger Recurrensparalyse, bei welcher die Radiographie die Existenz eines enormen Mediastinaltumors ergab. Die Kranke wurde, obgleich

sie jedwede specifische Antecedentien in Abrede stellte, einer syphilitischen Cur unterworfen. Gegenwärtig verschwindet die Behinderung sammt Schlaflosigkeit und Cyanose, aber die Paralyse besteht fort, infolge dessen der Autor bezüglich der Heilung der Kranken einige Bedenken hat.

IV. Referate.

1. Functionen und Nützlichkeit der Gaumenmandel. Physiopathologische Studie über dieses Organ.

Der Berichterstatter Hicguet giebt ein kurzes Résumé der verschiedenen Theorien, welche bis jetzt über dieses Thema aufgestellt worden sind, angefangen von Kölliker, welcher der Mandel gar keine physiologische Rolle zuschreibt, bis zu der ganz neuen Ansicht von Frederici, der in derselben ein Ausscheidungsorgan infectiöser und schädlicher Substanzen erblickt, gemäss welcher Function die Mandel für die Abwehr des Organismus besorgt wäre. H. giebt zu verstehen, dass man viel mehr Zutrauen zu den Arbeiten der Physiologen haben müsse, als zu denen der Specialisten, wenn diese sich zu Jüngern des Laboratoriums improvisiren wollen. Er giebt kurz die Arbeiten von Stöhr und Flemming, sowie auch die von Bickel wieder, in welchen diese Autoren behaupten, dass die Drüse an und für sich von geringer Bedeutung sei, während das die Acini umschliessende adenoide Gewebe zur Hämatopoiese beitrüge.

Die in der Mandel sich bildenden Leukocyten nähmen zum Theil ihren Weg nach der Oberfläche des Organs, während andere in verhältnissmässig viel erheblicherer Proportion durch die Vasa efferentia in die allgemeine Lymphcirculation und von da ins Blut übergingen. Das hiesse sozusagen der Mandel eine Abwehrrolle zuschreiben.

Goerke, inspirirt von den Arbeiten Brieger's, hat letztere Theorie den amerikanischen Autoren gegenüber vertreten, welche in der Mandel ein für den Organismus schädliches, ja sogar gefährliches Organ erblicken auf Grund der Infectionen, welche diesen Weg nehmen können; da hat aber Metchnikoff nachgewiesen, dass die Leukocyten gar keine phagocytäre Rolle spielen, dass sie keine amöboiden Bewegungen zu erkennen geben und dass sie auf passive Weise an die Mandeloberfläche befördert werden. Die Ideen dieses Autors wieder aufnehmend, bedient sich derselben Brieger, um die Ansicht auszusprechen, dass es gerade die beständige Irrigation der Mandel sei, welche das Eindringen der Keime verhindere, dass die Lymphflüssigkeit wahrscheinlich eine baktericide Wirkung besitze und dass, wenn die Lymphocyten nach dem Verlassen der Mandeln zerfallen, dies geschehe, um vielleicht andere baktericide Substanzen frei zu machen. Das bedürfe aber, meint Hicguet, weiterer Bestätigung, und er kommt zu dem Schluss, dass bei dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens es sehr schwer fällt, zu entscheiden, ob die normale Mandel ein nützliches oder schädliches Organ bildet. Zwei Theorien stehen sich gegenwärtig gegenüber: die eine erblickt in der Mandel ein Abwehrmittel für den Organismus, die andere sieht in ihr eine Quelle der Infection. Beides scheint ihm übertrieben, denn es kommt ihm selbstverständlich vor, dass die hypertrophische kranke Mandel nicht zur Vertheidigung

des Organismus beitragen könne, während auf der anderen Seite die normale Mandel auch nicht eine Quelle der Infection werden dürfte.

An der Discussion betheiligen sich Cheval, Trétrôp, Capart jr., Poli (Genua), Schiffers, ohne neue Gesichtspunkte für die Frage zu eröffnen und die bekannten näher zu beleuchten.

2. Vor- und Nachtheile der Abtragung der Gaumenmandeln.

Broeckaert (Gent) als Berichterstatter erklärt zum Beginn, dass ihn die bis jetzt aufgestellten Theorien nicht befriedigen können und dass, wie Levinstein sehr richtig zu bemerken gäbe, „die Frage der wirklichen Rolle der Mandel noch der Lösung harre". Im ersten Theil seines Berichtes greift der Autor die Argumente, welche man zu Gunsten der Unterdrückung der Mandeln aufbringen kann, an, dann betrachtet er die verschiedenen Infectionen, denen die Gaumentonsillen als Eingangspforte zu dienen scheinen; sodann beschreibt er die entfernten Störungen, zu welchen diese Infectionen Veranlassung gaben.

Der zweite Theil seiner Arbeit ist der Untersuchung der Nachtheile gewidmet, die aus der Abtragung der Mandeln resultiren, und den Maassnahmen, die zu treffen sind, um die Complicationen dieser Operation zu vermeiden.

An der Discussion betheiligen sich Escat (Toulouse), Delsaux (Brüssel), Schiffers (Lüttich) und können daraus zwei Punkte hervorgehoben werden:

1. Man ist sich darüber einig, dass es die „eingefassten" inficirenden Mandeln sind, welche am gefährlichsten seien und eine Intervention erheischen, und dass

2. diese Intervention in diesen Fällen radical sein muss, jedoch ohne excessiv zu werden.

V. Diverse Mittheilungen.

Jacques (Nancy): Betrachtungen über die Mandelabtragung.

Unter den vielfachen lymphoiden Anhäufungen, welche leiterartig zu beiden Seiten des Luft- und Speisetractus angeordnet sind, theilen die Gaumenmandeln mit der Rachenmandel eine bedauerliche Fragilität, die sich durch eine hervorragende Empfänglichkeit für pathogene Keime äussert, und einer sich daran anschliessenden Geneigtheit zu hyperplastischer Degeneration. Die verführerische Theorie, welche in diesen Organen uneinnehmbare Festungen der Luft- und Verdauungswege sieht, sei in das Reich der Utopien zu verweisen, da sie in Wirklichkeit in der grossen Mehrzahl nur einen doppelten Infectionsherd bilden unter beständiger Drohung eines Durchbruchs in die Lymphbahnen. Jede notorisch „chronisch entzündete Mandel" muss radical beseitigt werden. Die verschiedenen Proceduren partieller Entfernung sind wirkungslos und gefährlich. Die Abtrennung mit der rothglühenden Schlinge nach der Stielung der Drüse garantirt eine rasche und vollständige Excision. Dieselbe ist frei von Nachtheilen, wenn sie mit einem mässig glühenden Drahte genau an der Grenze der Mandel und der Gaumenbögen vorgenommen wird.

Trétrôp (Antwerpen): Ueber die Amygdalotomie; ihre Indicationen und Resultate.

Die Mandel ist der Sitz localer Entzündungen und die Eingangspforte allgemeiner Infectionen. Der Autor hat dies für die Tuberculose und die Syphilis beobachtet. Die chronischen Entzündungen führen zu einer festen Verwachsung mit den Gaumenbögen und schaffen eine Pseudotuberculose.

Die Amygdalotomie ist die bevorzugte Methode beim Erwachsenen, um alte Entzündungen und die Pseudotuberculose zur Heilung zu bringen.

T. führt der Reihe nach die meist angewandten Methoden an zur Kennzeichnung ihrer jeweiligen Vortheile. Er betont die Nothwendigkeit einer vorbereitenden Behandlung für den Eingriff.

Delie (Ypres): Beitrag zum Studium der Angina Ludovici.

Nach einer genauen anatomischen Beschreibung der Regio sublingualis betrachtet der Autor die Phänomene, welche sich unabwendbarer Weise zeigen, wenn eine Phlegmone des Bindegewebes auftritt, welches speciell diese Region ausfüllt: ödematöse Anschwellung der Schleimhaut der seitlichen Mundbodenfurche, Verschiebung der Zunge nach aussen und oben, eigenartige brettharte Infiltration der Regio suprahyoid. ohne grosse Farbenveränderung der Haut, rasches Absterben der Gewebe mit Retention von eitriger oder serös-eitriger Flüssigkeit mit Ausbruch einer Allgemeininfection infolge septischer Resorption.

Die Behandlung dieser Affection hat chirurgisch stattzufinden, und zwar stehen zwei Wege offen, um dem Eiter einen Ausfluss zu verschaffen: der Mund und der Hals. Vom Mund aus kann man entweder parallel mit der Zunge nach innen von der Gland. sublingualis oder zwischen dieser und dem Zahnfleisch einschneiden. Für den Zugang von der Haut aus kann man eine Incision oberhalb des grossen Zungenbeinhorns vornehmen: man durchdringt die Haut, das Platysma myoid., die Fascie und kann so die Phlegmone in ihrem entfernteren Theile eröffnen. Im Falle der Unmöglichkeit, sich zu orientiren, wegen excessiver Anschwellung der Regio submental., führt eine einfache verticale lateromediane Incision in der Regio suprahyoid. durch den Mylohyoid. hindurch in den septischen Herd.

Um die Allgemeininfection zu bekämpfen, muss man dem Organismus durch starke wiederholte Dosen „polyvalenten“ Serums nachhelfen.

Discussion:

Goris räth, um sicher auf den Eiter zu stossen, die Eröffnung in der Mittellinie vorzunehmen und den Finger bis an die Zungenbasis einzuführen. Begegnet man ihm dann noch nicht, dann muss man die Muskeln, welche die mittlere Lage von der seitlichen trennen, einschneiden und mit dem Finger losmachen, bis man auf ihn stösst.

Capart jr. will den Ausdruck „Angina Ludovici“ genau auf die von Ludwig beschriebene Affection beschränkt wissen, der eine grosse Specifität zur raschen und beinahe tödtlichen Nekrose der Submaxillargrube anhafte. Deshalb brächten die eingreifendsten Interventionen bei der wirklichen Angina Ludovici nur eine ganz unsichere Hülfe.

Capart sen. (Brüssel): Ueber die Anwendung des Coryfins bei Nasenaffectionen.

Der Autor hat sich des Coryfins (einem Mentholäther) sowohl in flüssiger als Salbenform unter anderem bei leichten hyper- und atrophischen Coryzen, um das Trockenheitsgefühl zu beseitigen, mit Erfolg bedient.

Jauquet (Brüssel): Wie soll man die Pansinusiten operiren?

Der Autor meint, dass man eine Radicalcur ohne jede Gesichtsdeformation erzielen könne und erreicht dies practisch durch folgendes Verfahren: zuerst Eröffnung und Curettage der Fronto-ethmoido-sphenoidal-Höhlen, indem man nach zuvoriger Abmeisselung des aufsteigenden Oberkieferastes ausschliesslich die vordere Wand des Sinus frontalis und die innere Wand der Orbita trepanirt. Keine Beseitigung der Stirnhöhle, aber absolute Beseitigung jeglicher vorderen Siebbeinzellen, gewöhnlicher Ursachen von Recidiven. Der Sinus maxillaris wird dann vom Munde aus operirt, indem man dadurch eine verlängerte Gesichtsincision vermeidet, ohne die Dauer der Intervention zu verlängern. Naht der Hautincision in zwei Schichten, ebenso wie der Mundschleimhaut. Dies Verfahren, ausser etwaigen Abänderungen in sehr seltenen Ausnahmefällen, gäbe perfecte therapeutische und ästhetische Resultate.

An der Discussion betheiligen sich Luc (Paris), Hennebert (Brüssel), Humblé (Antwerpen), Broeckaert (Gent) und führt dieselbe Jauquet dazu, dass er zugiebt, dass es eigentlich kein in allen Fällen absolut zu verwendendes Verfahren gäbe, aber dass nichtsdestoweniger im Allgemeinen in dem Falle einer nicht complicirten und zur Operation nicht drängenden Polysinusitis die von ihm angegebene Operationsmethode gegenwärtig ein ausgezeichnetes Verfahren bilde, das übrigens seine Bestätigung in vollendeten practischen Resultaten gefunden habe.

Boval (Charleroi): Ein Fall von Nasenzahn.

Es handelt sich um einen überzähligen, wahrscheinlich mittleren Schneidezahn, welchen der Autor bei einem $9^1/_2$jährigen Kinde aus der linken Nasenhöhle entfernt hatte. B. bringt diesbezüglich sehr interessante embryologische und pathogenetische Ergebnisse in Erinnerung.

Beco (Lüttich): Die Laryngotracheostomie in den Fällen von Erstickungserscheinungen hervorrufenden Papillomen bei Kindern.

Gelegentlich der drei in der Vormittagssitzung vom Autor vorgestellten Fälle zieht derselbe eine Parallele zwischen Tracheotomie und Tracheostomie bei Behandlung von Kehlkopfpapillomen. Er kommt zu der Conclusion, dass der directen Laryngotherapie der Vorzug vor jeder anderen Methode zukomme. Wenn aber diese sich nutzlos zeige, dann räth er eher zur Stomie, als zur einfachen Tracheotomie. Ohne mehr Nachtheile darzubieten, habe die Stomie im Gegentheil grosse Vorzüge. Sie erlaubt sicherere und wirksamere Eingriffe für die Exstirpation, wird leichter ertragen und beansprucht eine geringere Pflege, weshalb sie von Kranken und deren Umgebung vorgezogen wird. Er kommt auf den von

ihm im Jahre 1908 gemachten Vorschlag zurück, d. h. systematisch die „Tracheostomie" der Dauercanüle zu substituiren, wenn es sich darum handelt, die Trachealathmung für längere Zeit einzuleiten.

Trétrôp (Antwerpen): Kehlkopfstörungen und Tuberculose des Hilus der Lungen.

Der Autor setzt zwei Theorien von Invasion der Lungen auseinander: 1. durch Ingestion von Tuberkelbacillen und Eindringen letzterer durch die Lymphbahnen der Eingeweide bis zum Truncus brachiocephalicus, zum rechten Herzen und schliesslich zum Lungenhilus; 2. durch Infection der oberen Luftwege und directe Propagation durch die Lymphe auf den Lungenhilus. Sodann erzählt er den Fall eines Diabetikers, welchen die radiologische und laryngologische Untersuchung als mit Tuberculose des Lungenhilus behaftet vermuthen liess und der einer blitzschnellen Hämoptyse erlag. T. macht auf die Störungen aufmerksam, welche die meist am Hilus der Lunge ihren Anfang nehmende Tuberculose bezüglich der Innervation des Larynx veranlassen kann und so für die Diagnose einen Fingerzeig bildet.

Ledoux (Huy): Extraction eines Fremdkörpers, der 6 Wochen in den Bronchien eines Kindes verweilt, mit der Killian'schen Methode. Radiogramm.

Fs handelt sich um den Stumpf eines kleinen Zungenpfeifchens, welches vor $2^1/_2$ Monaten von einem Kinde aspirirt worden war und bei der Radiographie einige Centimeter von der Mittellie entfernt in der Höhe der rechten Brustwarze festsitzend gefunden wurde. Sein Aufsuchen vermittelst der mittleren Killian'schen Tube war ziemlich mühsam, desgleichen seine Extraction. Der Fremdkörper sass am Eingang der 3. Bronchialdivision. Wie man an der Radiographie erkennen kann, war der ganze von dem verlegten Bronchus abhängige Lungentheil atelectatisch. Einen Monat nach der Extraction wurde das Kind ganz wohl befunden, obgleich der Bronchus impermeabel geblieben.

Broeckaert (Gent): Das Radium in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Obgleich seine Untersuchungen noch nicht zu Ende gebracht, sind die von B. bis heute mit der therapeutischen Anwendung des Radium erzielten Resultate äussers ermuthigend und gestatten ihm jetzt schon, dieser Methode im Bereiche der Specialität eine schöne Zukunft vorauszusagen. Der Autor hat sich für seine Forschungen eines nach seinen Indicationen hergestellten Radiumträgers bedient. Derselbe besteht aus einem 15 cm langen Stabe aus biegsamem Silber; der das Radiumsalz bergende Theil ist vermittelst eines Charniers an diesem Stabe, dem man die verschiedensten Krümmungen geben kann, angebracht. Die Platte enthält 1 cg Bromradium, also 500000 Einheiten. Die Application geschieht direct auf die Läsion, auf welche man es abgesehen hat. Die Filtrage der Strahlen und die Zeit des Ansetzens hängen von gewissen Factoren ab, auf welche der Autor jetzt nicht eingehen will. Derselbe führt der Reihe nach die verschiedensten Affectionen auf, die er mit Radium behandelt hat und demonstrirt an

vor und nach der Behandlung aufgenommenen Photographien die von ihm erzielten Resultate.

Discussion: Bezüglich einer näheren Explication der Wirkungsweise des Radiums, um welche Cheval den Autor ersucht, überlässt dieser ihm das Wort, welches Ch. dazu benutzt, die Action des Radiums in einer längeren Rede näher zu erörtern, wiewohl er damit der Mehrzahl der Zuhörer nichts Neues bieten dürfte, als höchstens die ihm ganz kürzlich von Prof. Heyn mitgetheilte Theorie, nach welcher die reelle modificirende Wirkung, welche man an den Geweben unter dem Einfluss des Radium constatirt hat, wenigstens theilweise elektrolytischer Natur wäre.

Guisez (Paris): Was hat man von der directen Localanwendung des Radiums beim Oesophaguskrebs zu halten?

G. hat bei 11 festgestellten Fällen von Oesophaguskrebs systematisch die Localbehandlung mit zwischen 5 und 10 cg variirenden Quantitäten von Bromradium angewandt. Die Wirkung war unbeständig, aber nichtsdestoweniger äusserte sie sich bei 7 Fällen in folgenden Resultaten:

a) Zunahme der Weite des Oesophagus;

b) Stillstand der Entwicklung der Geschwulst;

c) der Effect war um so besser, je höher die Geschwulst sass.

Es handelt sich daher im grossen Ganzen um ein wirksames Palliativ bei dieser schweren Affection.

Guisez (Paris): Einige seltene mit der Broncho-Oesophagoskopie diagnosticirte und behandelte Oesophageal- und Bronchialaffectionen.

Es handelt sich:

1. um eine neue Beobachtung einer vermittelst der Oesophagoskopie diagnosticirten Oesophagustuberculose. Bei einem dysphagischen Tuberculösen liess die Oesophagoskopie im Niveau des mittleren Drittel des Oesophagus eine oberflächliche, aber sehr ausgedehnte Ulceration mit einer Tracheo-Oesophagusfistel erkennen. Der Oesophagus war in seiner ganzen Ausdehnung mit Granulationen besät. Die Diagnose wurde durch die mikroskopische Untersuchung, bakteriologische Analyse und die Autopsie richtig befunden;

2. um zwei Beobachtungen spontaner Narbenstenose der Cardia im Gefolge einer alten Oesophagitis. In beiden Fällen lautete die klinische Diagnose auf Epitheliom des Oesophagus. Die Oesophagoskopie gestattete die Diagnose richtig zu stellen und die Behandlung einer wirksamen Dilatation einzuleiten.

Die spontanen Narbenstenosen sind selten, kommen aber vor. Der Autor hat genau 6 Fälle diagnosticirt, 4 im Niveau der Cardia und 2 im Niveau der oberen Oeffnung.

Auf die Frage Tétrôp's, ob ausser der Oesophagoskopie keine klinischen Zeichen vorhanden gewesen wären, welche gestattet hätten, die spontane Narbensklerose der Cardia vom Krebs derselben zu unterscheiden, erwidert Guisez,

dass bei dem Mangel von Schmerz und jedem speciellen Zeichen beim Krebs es unmöglich sei, den klinischen Irrthum zu vermeiden. Die Oesophagoskopie allein kann die Diagnose feststellen.

Der Montag, 13. Juni, war dem Besuche der Ausstellung gewidmet, woselbst der Präsident den Vorzug hatte, die Gäste gastfreundlich bei einem Dejeuner um sich zu versammeln und allgemeine Anerkennung und Dank zu ernten.

Bayer.

---

g) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

18. Versammlung. Amsterdam, den 23. und 24. October 1909.

Vorsitzender: van Anrooy.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren Moll, Vorsitzender, van Anrooy, Schatzmeister, Burger, Secretär und Bibliothekar (Vondelstrasse 1, Amsterdam).

Die Versammlung spricht sich einstimmig dahin aus, dass in Congresssachen der Vorstand die Vereinigung der Otologie und Laryngologie in einem Congress resp. in einer Section befürworten werde.

I. F. H. Quix: a) Die Aetiologie der angeborenen Taubstummheit. — b) Präparate eines Falles von Tuberculose des Ohres und der Hirnhäute.

II. G. J. E. Ruysch: Otolithenverschiebung.

III. Die neueren Diagnostica bei Labyrintherkrankungen.

IV. P. T. L. Kan: Ein Fall von otogenem Kleinhirnabscess.

V. Th. E. ter Kuile (Haag): a) Retromaxilläres Fibrom und Nasenrachenpolyp.

Vortragender hebt die differential-diagnostischen Merkmale hervor.

b) Stereoskopische Demonstrationen.

Dieselben betreffen eine ganze Menge verschiedener Krankheitsfälle.

VI. H. van Anrooy (Rotterdam): Demonstration eines Falles von Nasentumor.

Ein Fall von Sarkom, das anfänglich für einen „blutenden Septumpolypen“ gehalten worden. Die Geschwulst ging breitbasig von der knorpeligen Nasenscheidewand aus.

VII. J. R. van Hasselt: Ein Fremdkörper vom Ohre.

VIII. J. C. Henkes (Middelburg): Ein Nasenstein.

Der Stein wurde bei einem 20jährigen Jüngling hinter einer Spina septi in der linken Nasenseite aufgefunden und ohne Mühe in den Rachen gestossen. Derselbe hatte sich um einen Pflaumenkern herum gebildet.

IX. J. van der Hoeven Leonhard (Amsterdam): Demonstrationen.

1. Watteträger für Zungenbasis und Nasenrachenhöhle mit dreieckig geschliffenem Ende.

2. Meissel für Septumspinen; dieselben sind so gearbeitet, dass man an ihnen entlang schauen kann.

3. Schlingenschnürer für schwere Traction. Der Draht liegt in einer Röhre mit offener Rinne; er wird zwischen zwei gezähnten Flächen, welche mittelst einer Feder aneinander gepresst werden, fixirt, so dass keine Schraube benutzt wird.

4. Ein Stäbchen für die Condomtamponade der Nase. (Vergl. Archiv. intern. de lar. XXVIII. p. 909.)

X. A. S. Jacobson (Amsterdam): Demonstration von Instrumenten.

1. Paracenteseninstrument für das Trommelfell.

2. Ein Instrument für die Anbohrung und Durchspülung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus.

XI. C. H. Gantvoort (Amsterdam): 1. Ein Fall von Lymphosarkom der Nasenrachenhöhle.

Bei einem 19jährigen Mädchen zum zweiten Male Adenoidoperation. Mikroskopisch typisches Adenoidgewebe. Nach einigen Monaten ist der Nasenrachen wieder ganz ausgefüllt. Das rasche Wachsthum der jetzt aufgetretenen Lymphdrüsenschwellung lässt die Diagnose auf Lymphosarkom stellen. Makroskopisch Adenoidgewebe. Tod unter zunehmendem Marasmus. Keine Section.

2. Ein Nähapparat für den Mund.

Empfehlung des Instrumentes von Kurz.

XII. H. Burger (Amsterdam): Augenhöhlenentzündungen nasalen Ursprunges.

In den letzten drei Jahren sind in der Amsterdamer otolaryngologischen Universitätsklinik 9 Fälle von Augenhöhlenentzündung behandelt worden. Die Ursache war 8 mal eine acute, 1 mal eine chronische Nebenhöhlenentzündung. Aus den kurz mitgetheilten Krankengeschichten macht Vortragender diese Folgerungen:

1. Bei Augenhöhlenentzündungen in Folge von chronischer Nebenhöhlenentzündung ist eine radicale Operation der letzteren immer angezeigt.

2. Die acuten Fälle kommen hauptsächlich bei Kindern vor. Man findet dann auffallend oft die Nase eng gebaut und namentlich die mittlere Muschel der lateralen Nasenwand fest anliegend. In solchen Nasen kommt es bei acuten Katarrhen leicht zu einer Abschliessung des katarrhalisch afficirten mittleren Ganges, welcher auf diese Weise zu einer entzündeten Nebenhöhle wird, von der aus die Entzündung sich, gerade bei Kindern, leicht auf die Augenhöhle fortpflanzt. In zwei Fällen, wo es zur Eiterbildung in der entzündeten Augenhöhle noch nicht gekommen war, trat nach einfacher Amputation des Kopfes der mittleren Muschel Heilung ein.



3. In anderen Fällen war die Augenhöhlenentzündung von nach der Nase nicht offenen Siebbeinzellen (sog. „geschlossenen Empyemen“) ausgegangen.

4. Einfache Incision des Augenhöhlenabscesses genügt bei acuten Nebenhöhlenentzündungen, welche ja spontan ausheilen können, bisweilen zur Genesung.

5. Bisweilen wird durch Incision von der Augenhöhle aus der Abscess nicht oder doch für den Eiterabfluss nicht genügend eröffnet. In diesen Fällen ist das breite Eröffnen der Augenhöhle durch einen nicht zu kleinen Hautschnitt, Abpräpariren des Periostes, Aufsuchen und Operiren der erkrankten Nebenhöhle absolut angezeigt.

6. In manchen Fällen erweist sich der Adrenalinspray, 1:6000, mehrere Male pro Tag, als ausserordentlich nützlich. Es giebt Fälle, in welchen eine beginnende Augenhöhlenentzündung mit Adrenalin allein heilt.

Discussion:

Quix betrachtet die einfache Incision der Augenhöhle, mit Rücksicht auf den N. opticus, als gefährlich.

Struycken behandelte eine 82jährige Frau mit einem bereits ein Jahr bestehenden pulsirenden Exophthalmus, der auf einer Siebbeinentzündung beruhte. Er hält die Radicaloperation nicht immer für nothwendig; öfters genüge das Eröffnen der Papierplatte.

ter Kuile meint, dass in den Fällen, wo eine directe Verbindung der eiternden Siebbeinzellen mit dem Augenhöhlenabscess nicht besteht, das Siebbein auch von der Nase aus operirt werden kann.

Burger empfiehlt, von der Augenhöhle auszugehen und dort den Ausgangspunkt der Infection aufzusuchen. Stricte nothwendig ist es jedenfalls, der erkrankten Nebenhöhle einen breiten Weg nach der Nase hin zu sichern.

XIII. H. J. L. Struycken (Breda): a) Demonstration von ohrenärztlichen Instrumenten. — b) Die obere Hörgrenze.

XIV. H. de Groot (Busch): Das Durchlassungsvermögen für Schall von verschiedenen Stoffen.

XV. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Nasenleiden und Hyperacidität des Blutes.

Die Rhinitis vasomotoria ist nicht ein primäres Nasenleiden; dieselbe beruht vielmehr auf einer allgemeinen Constitutionsanomalie. Das Leiden kommt überwiegend in den besseren Gesellschaftskreisen vor. Vortragender meint, die Ursache könne eine abnormale, auf zu reichlicherer Nahrungsaufnahme beruhende Zusammensetzung des Blutes sein. In der That fand er bei vielen dieser Patienten Spuren von Gicht, Die Untersuchung des Harnes zeigte ihm, dass bei allen Patienten mit Rhinitis vasomotoria der Säuregrad des Blutes erhöht ist. Die Behandlung dieser Patienten soll also eine antigichtische sein. Vortragender hat mit derselben wesentliche Erfolge erhalten.

Discussion:

Struycken kann die Auffassung des Vortragenden sicher nicht für alle Fälle gelten lassen. Von einer strengen Cur in Vichy hat er nicht den geringsten Erfolg gesehen.

Baeza betont die Unsicherheit in der ganzen Diätfrage. Die Meinungen sind auffallend divergirend. Dasselbe gilt für die Brunnenwasser; auch sind die Begriffe über Gicht noch sehr dunkel.

Posthumus Meyjes stimmt dem bei; indessen könne man versuchen, den Säuregrad des Harns herabzusetzen.

XVI. G. Brat (Rotterdam): a) Ein Fall von septischer diphtheritischer Entzündung des Rachens und des Kehlkopfes.

Der Fall betrifft eine 31jährige Frau, welche mit Fieber, Halslymphdrüsenschwellung und Empfindlichkeit im Halse erkrankte. Diphtheritische Beläge entstanden zuerst im Kehlkopf; die Stimmbänder blieben frei und es trat keine Stenose auf. Allgemeine Sepsis und Exitus. In den Pseudomembranen nur Streptokokken.

Discussion:

Fallas empfiehlt für solche Fälle Fixationsabscesse mittels Terpentineinspritzung.

Binnerts fragt, weshalb die Entzündung eine diphtheritische genannt wurde.

Brat weist auf die Pseudomembranen, die nach Abstossung Geschwüre zurückliessen, hin.

Posthumus Meyjes meint, der Diphtheriebacillus könne anwesend gewesen und durch die septische Entzündung verschwunden sein.

b) Hirnabscess unter dem Bilde der Eclampsia gravidarum.

XVII. P. H. J. van Gilse: Demonstration eines Falles von geheiltem Schläfenlappenabscess.

XVIII. F. H. Quix: Doppelter otogener Hirnabscess.

XIX. P. Th. L. Kan (Leiden): a) Ein Fall von Narbenstenose des rechten Hauptbronchus.

Der Patient litt seit Jahren an Lungenbeschwerden. Die Luft gerieth in die rechte Lunge nur mit Mühe hinein; bei forcirtem Athemholen Husten. Mit Intervallen von einigen Wochen hatte Patient Anfälle von Fieber, wobei die Luft noch schwieriger in die rechte Lunge hineindrang; nach Ablauf wurde unter schwerem Husten reichlicher Schleimeiter ausgeworfen. Vortr. fand im rechten Hauptbronchus, ungefähr 3 cm tief, eine spaltförmige Verengerung, ca. 3 cm lang und höchstens 1,5 cm breit. Dilatation mittelst conischer Hohlröhren. Nach zwölf Sitzungen ist eine deutliche Erweiterung der Stenose sichtbar. Seit einem halben Jahre kein Fieberanfall, die Luft dringt viel leichter in die rechte Lunge hinein; das Husten hat bedeutend nachgelassen.

b) Ein Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.

Drei Tage nach der Aspiration eines Mundstückes einer Cigarrenspitze obere Bronchoskopie in Narkose, wobei es gelang, den Fremdkörper im unteren Abschnitt der Luftröhre zu sehen. Die Extraction gelang nicht. Nach Tracheotomie wurde der Gegenstand mittelst eines scharfen Häkchens im Tracheoskop leicht extrahirt. Das zweijährige Kind hatte noch eine Woche lang Temperaturerhöhung; erschwertes Decanulement; Heilung.

XX. J. C. Henkes (Middelburg): a) Ein Fall von peracuter Sinusthrombose. — b) Ein Fall von Mucocele der Stirnhöhle.

Bei einer 70 jährigen Dame zunehmende Verlagerung des rechten Auges mit Doppeltsehen. Kein Kopfschmerz. Vor neun Jahren wurden Polypen aus der rechten Nasenseite entfernt. Das Auge ist maximal nach aussen und unten verlagert und protrudirt; Augenbewegungen mässig beschränkt; geringe concentrische Gesichtsfeldeinengung: keine Scotome. Die Supraorbitalgegend ist vorgewölbt; die Haut über derselben normal. Im rechten mittleren Nasengang einige Polypen, stark entwickelte Bulla. Diagnose: chronische Siebbein- und Stirnhöhlenentzündung.

Die Polypen werden abgetragen; gleichfalls der Kopf der mittleren Muschel. Dann Hautschnitt über dem Supraorbitalrande. Die vordere Stirnhöhlenwand ist äusserst dünn; aus der Höhle fliesst eine grosse Menge dickgelben Eiters, später eine sehr zähe Schleimmasse ab. Das Auge nimmt sogleich seine normale Lage ein. Die Höhle ist in sämmtlichen Dimensionen sehr gross. Die vordere Wand derselben wird bis auf eine Spange am Supraorbitalrande abgetragen. Nun zeigt sich, dass sowohl der Boden als die innere Wand der Höhle gänzlich fehlen. Es lässt sich sowohl die Capsula Tenoni als die Dura mater gänzlich abtasten. Lose Tamponade. Nachbehandlung mit Salzwasserdurchspülungen, wobei die Wunde sich langsam verkleinert. Nach ein paar Monaten ist nur noch eine kleine Oeffnung sichtbar. Gesicht normal; kosmetischer Erfolg sehr gut. Die aus der Höhle stammende Flüssigkeit bestand fast ganz aus degenerirten Leukocyten; dieselbe war nahezu steril; deutliche Mucinreaction. Also ein Mucocele mit sehr seltener Resorption der ganzen hinteren und unteren Wand.

H. Burger.

---

h) Laryngological Section of Royal Society of Medicine. London.

Sitzung vom 7. Januar 1910.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Wylie demonstrirt einen 32 jähr. Mann mit grossem tuberculösen Geschwür der Gaumenbögen. Es besteht Lungenphthise.

Watson Williams demonstrirt einen Fall von Larynxtumor. Zur Diagnose bei einem 63 jährigen Mann.

Chichole Nourse zeigt einen Fall von Endotheliom des Siebbeins bei einer 29 jährigen Frau. Das einzige der Entfernung vorhergehende Symptom bestand in Nasenverstopfung. Es bestand gelblich-blutige Absonderung. Das Septum war nach der anderen Seite verbogen. Die Geschwulst wurde entfernt, sie

war gestielt und ging vom vorderen Ende des Siebbeins aus. Die Operation geschah von aussen.

Peters demonstrirt eine 29 jährige Frau mit Strängen zwischen der Tuba Eustachii und Pharynx. Auf beiden Seiten bestand chronische Otitis media; adenoide Vegetationen waren vor 18 Jahren entfernt worden. Sind nun diese Stränge natürlich oder postoperativ entstanden?

Dundas Grant erwähnt Fälle von solcher Strangbildung bei Patienten, die niemals operirt worden waren; er neigt der Ansicht zu, dass sie, da sie symmetrisch sind, durch Schrumpfung von adenoiden Vegetationen entstanden seien.

Scanes Spicer hält die Stränge für traumatisch.

H. J. Davis constatirt, dass die mikroskopische Untersuchung der entfernten Stücke Narbengewebe ergiebt, so dass über die Aetiologie kein Zweifel sein kann.

Dundas Grant demonstrirt eine Geschwulst des Nasenrachens, ähnlich aussehend wie adenoide Vegetationen, bei einer älteren Frau. Mikroskopisch erwies sie sich als Granulom; möglicher Weise ergiebt sich ein Sequester.

Helt zeigt ein Carcinom der äusseren Umrandung des Larynx bei einem 65 jährigen Mann. Operation durch Trotter. Praeliminäre Laryngotomie. Entfernung der Drüsen auf der rechten Seite. Longitudinale Pharyngotomie, Resection der Schildknorpelflügel und des Zungenbeinhorns. Excision der Geschwulst und Naht der Schleimhaut.

Sitzung vom 4. Februar 1910.

Vorsitzender: Dundas Grant.

H. J. Davis: 1. Demonstrirt einen Fremdkörper (Knochenstück) aus der Lunge; Lungenabscess, Empyem, Operation; der Fremdkörper wurde 6 Wochen später, d. h. 6 Monate nach seinem Eindringen in den Bronchus ausgehustet. Heilung.

2. Fremdkörper aus dem Oesophagus (Nadel); die Nadel wurde mit der Zange gefasst, konnte aber nicht bewegt werden. Mittels Röntgenstrahlen konnte man sehen, dass die Nadel mit dem Kopf nach unten, mit der Spitze an der Wirbelsäule lag; alle Versuche jedoch, sie in Narkose zu bewegen, scheiterten, so dass man sich bereits auf die Oesophagotomie vorbereitete. Die Nadel rutschte aber in den Magen und der Patient brach sie beim Erwachen aus der Narkose aus.

3. 63 jähriger Mann mit Fractur des Zungenbeinkörpers. Man konnte die Fractur mittelst Röntgenstrahlen sehen. Die Fractur war verursacht dadurch, dass das Rad eines schweren Wagens dem Manne über den Hals gegangen war. Es bestanden keine Symptome ausser grossen Schmerzen beim Schlucken. Untersuchung des Larynx und Rachens zeigte nichts Abnormes.

4. Pemphigus vegetans bei einer 40 jährigen Frau. Kehlkopf, Rachen, Nasenhöhlen, Zunge, Wange, Lippen waren afficirt. Patientin wurde in der Novembersitzung 1909 vorgestellt. Sie verliess damals das Hospital sehr gebessert, sie kehrte jetzt aber mit einem frischen Ausbruch von Blasen über den ganzen Körper und den ganzen Respirationstractus wieder. Die Blasen sind augenscheinlich auch bis in die Bronchien gegangen und haben eine Bronchitis verursacht.

5. Fall von Kehlkopfschwindel bei einem 47 jähr. Mann. Die Anfälle sind

typisch. Als D. ihn zuerst nach einem Anfall sah, fand sich Folgendes: Schwere doppelseitige Subconjunctivalblutungen; Blutungen aus rupturirten Venen im Pharynx; Blutungen in beiden Stimmbändern; rechte Inguinalhernie; zahlreiche Schrunden und Wunden am Kopf, herrührend von dem Fall.

Amputation der Uvula wurde ohne Erfolg gemacht. Besserung trat ein durch Darreichung von Codein und Acid. hydrobromic.

Havilland Hill räth zur Anwendung einer Mixtur von Jodkali mit Ammoniumchlorid.

6. 42jähr. Mann mit grossem tuberculösen Geschwür der Zunge. Das Geschwür war sehr gross, hatte seinen Sitz an der Seite der Zunge, was insofern zu bemerken ist, als der Sitz von tuberculösen Geschwüren meist auf dem Rücken oder an der Spitze der Zunge sich befindet. Pat. hat chronische Lungen- und Kehlkopfphthise.

Wylie: Fall von Leukoplakie des weichen Gaumens bei einem 67jährigen Raucher.

Der Befund gleicht völlig dem von Butlin bei den in Carcinom ausgehenden Fällen beschriebenen.

Stuart Low: 10jähriges Kind mit Lupus der Nase, des harten Gaumens, des Rachens und der Epiglottis.

Zwei Punkte sind von Interesse: das frühzeitige Befallensein der Epiglottis; ferner die Thatsache, dass der Vater des Kindes gesund ist, dass aber der erste Mann der Mutter an Phthise starb.

Dundas Grant: Fall von ausgedehnter Larynxtuberculose mit völliger Heilung nach galvanokaustischer Behandlung.

Donelan: Ausgedehnte Fractur des Septums complicirt mit Eiterung der Highmorshöhle bei 39jähriger Frau. Operation. Heilung.

Kelson: Fall von postdiphtherischer Lähmung. Gaumen, Pharynx und Larynx sind ergriffen. Patient wurde mit Strychnin behandelt; langsame Besserung.

Dundas Grant weist auf die Möglichkeit hin, dass es sich um eine Affection nach Influenza handelt, da Augensymptome völlig fehlen.

H. J. Davis empfiehlt subcutane Injectionen von Strychn. nitr. Das salpetersaure Salz ist wirksamer als das salzsaure.

Mackenzie: Congenitaler Verschluss der linken Choane bei einem 19jährigen Mädchen. Der Verschluss war knöchern-membranös; erhebliche Besserung nach Operation.

Hill demonstrirt eine 65jähr. Frau mit grossem Larynxtumor. Sir Felix Semon hatte 20 Jahre früher ein Papillom entfernt. H. J. Davis.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Herr Hofrath Prof. E. von Navratil (Budapest) hat mit Rücksicht auf sein hohes Alter — er steht im 78. Lebensjahre — sich von seiner Thätigkeit zurückgezogen. Er scheidet damit aus seiner Stellung als Präsident der rhino-laryngologischen Section der Kgl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest, die er seit dem Bestehen der Section ununterbrochen inne gehabt hat, aus und tritt von seinem Lehramt, das er seit 42 Jahren an der Budapester Universität ausgeübt hat, zurück. Herr Prof. Navratil theilt uns zu unserem grossen Bedauern mit, dass er unter diesen Umständen sich veranlasst sehe, auch seine Referententhätigkeit am Centralblatt niederzulegen. Er gehört unserem Blatt seit nunmehr 18 Jahren als einer der treuesten Mitarbeiter an; ihm haben wir es zu verdanken, wenn die Arbeiten unserer ungarischen Fachcollegen, soweit sie in den medicinischen Journalen ihres Landes erschienen, der Allgemeinheit der Laryngologen nicht verloren gegangen sind. Wir glauben im Sinn aller unserer Mitarbeiter und Leser zu sprechen, wenn wir dem allgemein verehrten und verdienstvollen Manne, von dessen Frische und Rüstigkeit wir noch vor 2 Jahren bei Gelegenheit des Budapester Congresses uns überzeugen konnten, auch an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank für seine langjährige Mitarbeit aussprechen und ihm einen recht langen und ungetrübten Lebensabend wünschen. F.

Am 1. Januar d. J. wurden an den Stadtkrankenhäusern Friedrichstadt und Johannstadt zu Dresden Abtheilungen für Ohren- und Halskranke errichtet und die bisherigen consultirenden Ohrenärzte — Sanitätsrath Dr. Max Mann und Dr. Richard Hoffmann — zu Oberärzten ernannt.

Eine Ehrung für George M. Lefferts.

In einer Sitzung, die der Vorstand der American Laryngological Association am 14. Januar d. J. abhielt, gelangte ein Brief Lefferts' zur Verlesung, in dem er mittheilte, dass er aus seiner activen Mitgliedschaft ausscheidet und sich von seiner ärztlichen Thätigkeit zurückzieht. Es wurde darauf folgende Tagesordnung beschlossen und zu Protocoll genommen:

Whereas Dr. George M. Lefferts has announced his withdrawal from Medical practice and presented his letter of resignation from Active Fellowship in this Association

Resolved that this resignation is accepted with the deepest regret. Dr. Lefferts was one of the Founders of this Association being present at the inaugural meeting in Buffalo June 3, 1878. He was chosen Clerk of the meeting and was elected the first Secretary and Treasurer of the Association then and there organized. He held this office for three years. He was then elected President, serving one year.

To his high standing as a scientific physician, his zeal in promoting the interests of the new organization, his fidelity to the duties of his respective offices and his judgment in formulating plans for the proper conduct of the Association it owes more for its continued success than it can fitly acknowledge.

To him this Council extends its congratulations on the cessation of his career as a laryngologist and into his well-earned retirement its best wishes follow him.

Resolved that this Minute be entered in full on the records of the council, that a copy of it be sent to Dr. Lefferts and that it be published in the special journals.

(Signed) James F. Newcomb, M. D., Clerk.

Das Schicksal der Laryngologie in Halle.

Ueber die bereits im Briefkasten der vorigen Nummer berichtete Neuordnung in Halle, durch welche die Selbstständigkeit der Laryngologie an der dortigen Universität aufgehoben würde, äussert sich in der letzten Nummer (No. 5) der Berliner klinischen Wochenschrift deren Redacteur Prof. Posner, der sich schon zu wiederholten Malen gegen die Fusion von Laryngologie und Otologie ausgesprochen hat, wie folgt:

Bei der Neubesetzung der Professur für Otologie in Halle a. S. ist den schon seit geraumer Zeit hervortretenden unitarischen Bestrebungen insofern Rechnung getragen worden, als auch hier nun der otologische und der laryngologische Unterricht in eine Hand gelegt werden wird; eine bisher der inneren Klinik angegliederte, aber in ihrer Lehrthätigkeit selbstständige und mit eigenem Etat ausgestattete laryngologische Poliklinik wird als solche verschwinden und nur mehr eine Abtheilung der gemeinsamen Ohren-, Nasen- und Halsklinik bilden.

Bekanntlich führen die Vorkämpfer solcher Verschmelzung an, dass auch in praxi die Behandlung der drei genannten Körperstellen vielfach in einer Hand liege; dass die Krankheiten der Nase zu denen des Kehlkopfs wie des Ohres in innigster Beziehung ständen und von beiden Specialitäten untrennbar seien: dass daher das Gesammtgebiet auch im Unterricht einheitlich gelehrt werden könne. Wer die historische Entwicklung überblickt, wird dagegen das Verlangen der Mehrzahl der Laryngologen und auch vieler Otologen nach einer Beibehaltung oder weiteren Durchführung der Trennung sehr begreiflich finden. Die Blüthe der Laryngologie datirt erst von dem Augenblick an, wo man ihr eine selbstständige Entwicklung in eigenen Lehr- und Forschungsinstituten vergönnt hat. Es steht hier genau wie bei vielen anderen neuerdings entstandenen oder ausgebildeten Sonderfächern. Wenn bis vor Kurzem die Urologie lediglich einen Anhang der Lehre von den Haut- und Geschlechtskrankheiten bildete und auch heute noch vielfach als solcher angesehen wird, so kann auch hierfür der praktische Grund geltend gemacht werden, dass sehr viele Aerzte in ihrem späteren Beruf aus äusseren Gründen sich mit beiden Gebieten beschäftigen — dies darf aber die Forderung nicht als unberechtigt erscheinen lassen, dass eine gesonderte Ausbildung in beiden Fächern den Studirenden zu Theil werde. Auf solche hat ein jedes Gebiet Anspruch, welches eigene Forschungs-, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besitzt, und wir haben erst neulich über gleichsinnige Bestrebungen der deutschen Pädiater zu berichten gehabt. Uns scheinen Laryngologie wie Otologie nach ihren beträchtlichen Leistungen beiderseits berechtigt, die gleichen Ansprüche zu erheben, — mindestens an den grossen Universitäten, wo äussere Mittel und Krankenmaterial erlauben, einen fruchtbaren Unterricht zu ertheilen. Wir haben in dieser Wochenschrift wiederholt Gelegenheit gehabt, wenn es sich um die Eintheilung der einzelnen Gebiete in Sectionen auf den medicinischen Congressen handelte, für die Selbstständigkeit der Laryngologie einzutreten; und es scheint jetzt, als sei in den internationalen Beziehungen dieser Grundsatz endgültig anerkannt. Um so mehr würden wir es bedauern, wenn durch eine Beeinträchtigung der freien Entwicklung dieses Faches auf deutschen Universitäten seine Stellung herabgedrückt erschiene. Die fortschreitende Specialisirung lässt sich nicht künstlich hemmen, und sie bedeutet auch keineswegs ein Unglück, wenn, wie dies gerade bei der Laryngologie stets der Fall war, der innige Zusammenhang mit den Nachbargebieten wie mit der Gesammtmedicin aufrecht erhalten wird!

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, März. 1911. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente, Medicamente.

1) **A. Coolidge jr.** und **Crosby Greene. Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 11. August 1910.*

Verff. besprechen: 1. Die anatomischen und klinischen Beziehungen zwischen dem Meckel'schen Ganglion zur Nase und die Neurosen nasalen Ursprungs infolge Ergriffenwerdens des Ganglions durch Ausbreitung von Erkrankungen in der Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen. 2. Nasenasthma. 3. Rhinitis atrophicans. 4. Nasentuberculose. 5. Adhäsionen zwischen Gaumen und Rachenwand. 6. Function der Tonsillen. 7. Chronische Kehlkopfstenose. 8. Larynxtuberculose. 9. Bronchoskopie.

EMIL MAYER.

2) **B. Fränkel** (Berlin). **Weitere Mittheilungen zur Abnahme der Tuberculosesterblichkeit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. 1909.*

Die Ausbreitung der Heilstätten ist an dem Abfall der Tuberculosesterblichkeit mit betheiligt. Die Abnahme der Tuberculose ist derart stark und regelmässig, dass man behaupten kann, in 40 Jahren wird die Tuberculose aufgehört haben, eine Volkskrankheit von Bedeutung zu sein.

HEGENER (ZARNIKO).

3) **P. Heymann** (Berlin). **Laryngologie und Otologie.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 1. 1909.*

Eine kritische Erörterung der Frage, ob die Laryngologie und die Otologie auf den deutschen Universitäten von einem und demselben Lehrer gelehrt werden sollen oder nicht, führt den Verf. zu der Entscheidung, dass Trennung der Lehrämter zu bevorzugen sei. Ebenso hätten auf den medicinischen Congressen beide Sectionen getrennt zu tagen. Die Trennung der Lehrämter und Sectionen widerspräche keineswegs einer Vereinigung beider Fächer in der practischen Thätigkeit, die sich häufig aus äusserlichen Rücksichten ergäbe.

ZARNIKO

4) **Wiltschur. Gegenwärtiger Stand der therapeutischen Wirkung von Arsenobenzol-Hata-Ehrlich bei syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege auf Grundlage von laufenden Literaturangaben. (Nastojaschtscheji sostojanie woprosa o terapewtitscheskam deistwii arsenobenzolja Hata-Erlichs pri sifilititscheskich sabolewanijsch werchnich dychatelnich i pischtscheworitelnich putei po dannym tekaschtschei literatury.)** *Jeshemesjatschnik. No. 11. 1910.*

In der Ueberschrift alles enthalten.

P. HELLAT.

5) **D. A. Popovici** (Bukarest). **Ein Beitrag zur Hysterie der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 23. H. 1. 1910.*

Beschreibung eines Falles von schweren, fast zu vollständiger Inanition führenden Schlingbeschwerden auf hysterischer Grundlage, welche nach allen möglichen Versuchen erst durch Suggestion des Brennens während der Oesophagoskopie geheilt wurden.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **W. N. Nikitin** (St. Petersburg). **Ueber die Bedeutung der Nasenhöhle in der Entstehung des Bronchialasthma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Der Umstand, dass die Nasen- und Nasenrachenhöhle öfter als alle anderen Organe das reflectorische Asthma hervorrufen, erklärt Verf. damit, dass das Ganglion spheno-palatinum im Zusammenhang mit den wichtigsten Nerven des Organismus, N. vagus und N. phrenicus, steht. Die oberen Theile der Nasenhöhlen seien zudem schmäler, was bei einer selbst geringen Geschwulst der Schleimhaut die Reizung der Zweige des Gangl. spheno-palatinum und einen asthmatischen Anfall hervorrufen kann.

Zur Heilung verwendet Verf. eine tägliche Spülung der Nase mit Meersalz, aufgelöst in Wasser.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

7) **D. Winter** (Bad Reichenhall). **Zur Pathogenese des bronchialen Asthmas.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 6. 1910.*

Unter eingehenden anatomischen und physiologischen Erörterungen, sowie ausgiebiger Verwendung der Literatur und einschlägiger Thierversuche verwirft Autor die bisherigen Theorien, die als Ursache des Bronchialasthmas nervösen Bronchospasmus oder Bronchiolarstenose auf Grundlage einer katarrhalischen Schleimhautschwellung und Secretverhaltung in den Luftwegen annehmen, und sucht die Erscheinung als Folge vasodilatatorischer Processe der Athemschleimhaut zu erklären. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: „Eine von den peripheren Endigungen des Vago-Sympathicus der Schleimhäute oder der äusseren Haut oder eine vom Grosshirn ausgehende Erregung ruft reflectorisch Gefässdilatation der Athemschleimhaut hervor.

Die damit einhergehende Erweiterung der Lungencapillaren veranlasst subjective Dyspnoe durch Verlangsamung der Circulation sowie besonders durch Herabsetzung des Gasaustausches in den Alveolen in Folge verminderter Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe.

Die erhöhten Athemmuskelanstrengungen werden bedingt hauptsächlich durch eine mit der Lungenhyperämie einhergehende Herabsetzung der Dehnbarkeit des

Athemorganes, nicht durch ein mechanisches Hinderniss in Gestalt einer Verengerung der feinen Luftwege.

Zwerchfelltiefstand und Lungenblähung sind die Folge der dyspnoetischen Reizung des Athemmuskelcentrums und des dadurch verstärkten Inspirationstonus."

HECHT.

8) **Watson Williams** (Bristol). **Asthma.** *Practitioner. October 1910.*

Die Theorie, die Verf. zur Erklärung des Asthmas aufstellt, basirt auf der Annahme, dass die Musculatur der feineren Bronchien sich mit der Inspiration und Exspiration rhythmisch contrahirt, ebenso wie unter dem Einfluss des Respirationscentrums auch die Stimmlippen bei jeder Inspiration auseinandergehen und bei jeder Exspiration sich nähern. Die in schweren Asthmafällen stets vorhandene exspiratorische Dyspnoe kommt dadurch zu Stande, dass die Phase der Contraction in Folge unregelmässiger Action der medullären Centren übertrieben wird; es handelt sich also nicht um ein im gesunden Zustande unbekanntes Phänomen, sondern nur um die Uebertreibung einer physiologischen Erscheinung. Dieser gesteigerte Bronchialtonus geht einher mit vermehrter arterieller Spannung, daher die günstige Wirkung von vasodilatirenden Mitteln, wie Amylnitrit. Asthma ist ein Symptom, nicht ein pathologischer Zustand an sich; es ist ein Symptom im selben Sinn, wie Palpitation. Der Erfolg der Behandlung beruht darauf, dass man 1. soweit wie möglich alle pathologischen Factoren zu beseitigen sucht, die auf eine Uebererregung der nervösen Centren hinzielen und 2. die Stabilität oder den Tonus dieser Centren verstärkt.

Was das nasale Asthma anbetrifft, so entsteht es dadurch, dass die in Folge intranasaler Erkrankung gesteigerte Reflexerregbarkeit sich durch Irradiation auf die unteren Theile des Respirationstractus ausbreitet; die physiologischen rhythmischen Bronchialcontractionen werden übertrieben, es entsteht — mit anderen Worten — Asthma. Nicht die Nasenpolypen sind als Ursache des Asthmas zu betrachten, sondern die mit permanenter Irritation einhergehenden intranasalen Erkrankungen, die bisweilen zur Bildung von Polypen führen. Jene intranasalen Erkrankungen können sehr geringfügiger Natur sein, z. B. in einer nur wenig Symptome machenden Ethmoiditis bestehen und bei oberflächlicher Untersuchung übersehen werden; ferner ist nach dem oben Gesagten einleuchtend, dass die Entfernung eventuell vorhandener Polypen allein nicht genügt, um das Asthma zum Verschwinden zu bringen; vielmehr muss die zu Grunde liegende Nebenhöhlenerkrankung gründlich behandelt werden. Zum Schluss bespricht Verf. die galvanokaustische Aetzung der Nasenschleimhaut als Mittel gegen Asthma; er ist der Ansicht, dass eine Aetzung in der Gegend des Tuberc. septi in einer grossen Anzahl der Fälle wenigstens temporären Erfolg hat.

FINDER.

9) **Henry Horn. Die bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma. (The bronchoscopic treatment of bronchial asthma.)** *Journal American Medical Association. 10. September 1910.*

Kurzer Bericht über drei Fälle Novotny's und zwei von Galebsky, die mittelst Pinselungen der Bronchialschleimhaut mit Cocain-Adrenalinlösung behandelt wurden. Ein eigener Fall wird ausführlich mitgetheilt.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es kann bei jugendlichen Erwachsenen in Folge eines tonischen Krampfes zu einem fast völligen Verschluss eines Hauptbronchus kommen. 2. Novotny's Folgerung, dass die Theorie vom Bronchialspasmus falsch ist, wird durch den mitgetheilten Fall widerlegt. 3. Die bronchoskopische Behandlung ist da, wo andere Behandlungsarten fehlschlagen, durchaus einen Versuch werth. 4. Es scheint kein charakteristisches bronchoskopisches Bild für einen spasmodischen Asthmaanfall zu geben: Es kann die Schleimhaut normal sein, es können Spasmen und Contractionen der grösseren und kleineren Bronchien, Röthung und Schwellung allein oder combinirt vorhanden sein. 5. Tuberculose, Herzkrankheiten, leichte Skoliose, grosse Schwäche, Alter scheinen keine Contraindicationen der Methode zu sein.

EMIL MAYER.

10) **Galebsky. Zur Frage der Entstehung und Behandlung von Bronchialasthma auf Grundlage der Bronchoskopie. (K woprosu o proishoshdenii i letschenii brenchialnoi astmy na esnowanii donnych bronchoscopii.)** *Russ. Wratsch. No. 51. 1910.*

Verf. untersuchte 5 Kranke theils während der Anfälle, theils zur Zeit des Intervalls. Im Allgemeinen wurde derselbe Befund erhoben, wie ihn Schroetter und Nowotny niedergelegt haben. Therapeutisch liess sich eine wohlthätige Wirkung direct durch die Bronchoskopie constatiren.

P. HELLAT.

11) **A. Ephraim** (Breslau). **Ueber die Bedeutung der Bronchoskopie für die innere Medicin.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43, 44. 1909.*

An Hand von 95 Fällen seiner Praxis macht Verf. auf die Anwendbarkeit der Bronchoskopie bei einer Reihe von Erkrankungen des Thoraxinhaltes aufmerksam. Es wird der Befunde bei einseitiger Athmung, entzündlichen Erkrankungen der Bronchien, Verengerung, Syphilis, Tumoren derselben, Bronchialdrüsenerkrankungen, Aortenaneurysma u. a. gedacht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Discussion dazu. Ibidem. S. 1993.

Hinsberg steht den Ausführungen skeptisch gegenüber.

Gottstein ebenso, warnt besonders vor Bronchoskopie bei Aortenaneurysma.

HEGENER (ZARNIKO).

12) **R. Konietzny. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** *Dissert. Breslau 1909.*

Fall 1. Es handelt sich um eine ältere Beobachtung aus dem Jahre 1893, bei der die Bronchoskopie noch nicht in Anwendung kam. Bernsteinmundstück einer Zigarrenspitze im linken Unterlappenbronchus bei 8jähr. Knaben. Tracheotomie ohne Erfolg. Lungenabscess, der eröffnet wird, dann Milzabscess, subphrenisches Exsudat, allgemeine Peritonitis. Exitus nach 8 Monate langem Krankenlager.

Fall 2. Kornähre im rechten Unterlappen bei 1 Jahr altem Kind. Obere und untere Bronchoskopie (Prof. Gottstein) ohne Erfolg. Exitus.

Fall 3. Seit mehreren Monaten bei 4jährigen Knaben Husten, Erstickungsanfälle, zeitweise Temperatursteigerungen, dann Tod an Erstickung. Section: Durchbruch verkäster Bronchiallymphdrüsen durch 1 bis 2 cm im Durchmesser

haltende, klaffende Oeffnung in den rechten Bronchus; beide Hauptbronchien waren mit käsigen Massen ausgefüllt.

OPPIKOFER.

13) **M. Gioseffi. Die Intubation bei Fremdkörpern der Luftwege. (L'intubazione nei casi di corpo estraneo nelle vie respiratorie.)** *Gazetta degli Ospedali. September 1910.*

Verf. berichtet über drei Fälle, die ihm geeignet scheinen, darzuthun, unter welchen besonderen Umständen (kleine bewegliche oder leicht im Kehlkopf fixirte Fremdkörper) man hoffen kann, dass es bei der Intubation zu einer spontanen Ausstossung der Fremdkörper kommt.

CALAMIDA.

14) **W. F. Westmoreland. Tracheotomie wegen Fremdkörper der Luftwege; auf Grund von 58 erfolgreichen Fällen. (Tracheotomy for foreign bodies in the air passages; based upon 59 successful cases.)** *American Journal of Surgery. November 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt. Alle Patienten wurden in kürzester Zeit operirt, oft unter ungünstigsten äusseren Umständen.

EMIL MAYER.

15) **Matsunaya. Ueber die parenchymatösen Lymphgefässe der Thymus.** *Archiv f. Anat. (u. Phys.). Heft 1/2. S. 28. 1910.*

Die Thymus ist wie die Nebenniere und Schilddrüse eine Drüse mit innerer Secretion, welche ihr Secret nicht nach aussen, sondern in die geschlossenen Lymphbahnen ergiesst, von wo aus sie dem Blute beigemischt werden, um an anderen Stellen functionell zu reizen und schliesslich durch die Drüsen mit Ausführungsgängen nach aussen entfernt zu werden. Unentschieden ist, wie die zahlreich vorhandenen Leukocyten die Thymus verlassen.

J. KATZENSTEIN.

16) **Ph. Stöhr. Ueber die Abstammung der kleinen Thymusrindenzellen.** *Anat. Hefte. Bd. 41. Heft 1/2. S. 107.*

Die Thymusrindenzellen sind Epithelzellen; ihre kleinen Elemente sehen den echten Lymphocyten zwar sehr ähnlich, ihre Entwickelung zeigt aber, dass sie mit diesen nichts zu thun haben. Die Thymus ist keine Quelle junger Lymphocyten, diese letzteren sind ausschliesslich Abkömmlinge des Mesenchyms.

J. KATZENSTEIN.

17) **Britzmann** (Berlin). **Fall von cystösem Halstumor.** (Hufelandische Gesellsch. 10. Juni 1906.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. 1909.*

Sehr grosse rechtsseitige branchiogene Cyste mit Erfolg operirt.

HEGENER (ZARNIKO).

18) **G. Marangoni. Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Halscysten. (Contributo alla conoscenza dello cisti congenite del collo.)** *Gazetta degli ospedali. März 1910.*

Die Beobachtung betrifft einen 24jährigen Mann; sie ist interessant wegen der Grösse, die der Tumor erreichte, wegen seiner Beziehungen zu den Gefässen und Nerven und wegen der histologischen Structur.

CALAMIDA.



19) **A. Most** (Breslau). **Ueber die Entstehung, Verhütung und die Behandlung der Halsdrüsentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 3. 1909.*

Die Tuberculose der Halslymphdrüsen ist fast immer eine descendirende, ihre Quellgebiete sind vor allem die vorderen Gesichtspartien (an den Uebergängen zwischen Haut und Schleimhaut) und der lymphatische Rachenring (besonders die Gaumentonsillen). Besprechung der Topographie der Lymphdrüsen und ihrer Beziehungen zu den einzelnen Abschnitten des Quellgebietes. Bericht über 60 Fälle der Praxis, die darauf hin sorgfältig studirt waren. Besprechung der Prophylaxe (Milch, tuberculöse Sputa!) und der Therapie (der conservativen und chirurgischen).

ZARNIKO.

20) **B. W. Main. Thymusvergrösserung und plötzlicher Tod. (Enlarged thymus gland and sudden death.)** *Medical Chronicle. Januar 1911.*

Verf. setzt die Theorien über den sogenannten Thymustod auseinander und berichtet einen Fall, wo post mortem wächserne Degeneration und Fibrosis des Herzmuskels bei einem Kind mit Thymusvergrösserung gefunden wurde, das während des Stuhlgangs starb.

A. J. WRIGHT.

21) **Kretschmann** (Magdeburg). **Ist das Salpingeskop eine Bereicherung des diagnostischen Instrumentariums?** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Auf Grund seiner Erfahrungen mit dem Valentin'schen Salpingoskop bejaht Autor die Eingangs gestellte Frage in dem Sinne, dass das Salpingoskop in erster Linie bei Untersuchung des Nasenrachenraumes unsere Untersuchungsbefunde in werthvoller Weise ergänzen kann, sodann, dass es zur Controle der Kieferhöhle nach breiter Eröffnung vom unteren Nasengang aus werthvolle Dienste leistet.

HECHT.

22) **Jansen** (Berlin). **Was leistet das Röntgenverfahren auf otiatrischem und rhinologischem Gebiete für die Diagnose?** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 99. 1909.*

Für die Kieferhöhle scheint die seitliche Aufnahme nur in anatomischer Beziehung Werth zu besitzen, während die Vorderplatten für die Diagnose pathologischer Prozesse von grosser Bedeutung sind. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass durch die Skiagramme bezw. Röntgendurchleuchtung eine beträchtliche Reihe von Fällen, die bezüglich der Nebenhöhlen diagnostisch unklar liegen, sofort mit Sicherheit diagnostisch klargestellt werden können. Vor Allem lässt sich auf den Platten die Ausdehnung der Erkrankung über die verschiedenen Nebenhöhlen mit grösster Klarheit erkennen, in einer nicht geringen Zahl von Fällen bleibt aber das Resultat negativ, und in verhältnissmässig seltenen Fällen führt es direkt irre, sei es, dass eine kranke Höhle als eine gesunde oder eine gesunde wie eine kranke erscheint.

Die Reproductionen sind leider nicht gut ausgefallen.

SEIFERT.



23) **Köhler** (Magdeburg). **Die intratracheale Insufflation von Meltzer-New-York und Kuhn's perorale Intubation; unsere Erfahrungen über die letztere.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1910.*

Autor weist in eingehender Begründung darauf hin, dass die Meltzer'sche Methode gegenüber der Kuhn'schen nichts wesentlich Neues gebracht habe, dass nach wie vor Kuhn das grosse Verdienst gebühre, diese Methode erfunden und ausgebaut zu haben. Anschliessend berichtet K. über die guten Erfolge, die diese Methode bei ihrer Anwendung auf der chirurgischen Abtheilung der Magdeburger Krankenanstalt Altstadt gezeitigt habe und giebt eine Reihe technischer Winke, die dort als zweckmässig erprobt wurden. HECHT.

24) **Th. Christen** (Bern). **Ueber Inhalationstherapie.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1910.*

Autor bespricht die physiologische Wirkung des Inhalirens in seiner Bedeutung als Thermo-, Hydro- und Pharmakotherapie, sowie als Athemgymnastik und schildert anschliessend seinen nach ähnlichem Princip, wie der Breitung'sche Salmiak-Dampfapparat construirte Inhalationsapparat, dessen Technik eingehend erörtert wird. HECHT.

25) **Ch. E. Baèza** (Haag). **Inhalationstherapie. (Inhalatietherapie.)** *Geneesk. Courant. LXI, Nos. 36, 37.*

Für das grössere ärztliche Publikum bestimmte Abhandlung. H. BURGER.

26) **A. Nepveu. Ueber die Technik der Phototherapie in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sur la technique de la photothérapie en oto-rhino-laryngologie.)** *Bulletin de laryngologie etc. Tome XIII. October 1910.*

Die schlechten Resultate, die man bisher mit der Helio- oder Phototherapie in unserer Specialität erzielt hat, beruhen hauptsächlich auf der mangelhaften Technik. Es war daher die Hauptsorge Nepveu's, eine Technik ausfindig zu machen, die thatsächlich gestattete, chemisch wirksame Strahlen von genügender Quantität und von der Sonnenbelichtung unabhängig in Nase, Kehlkopf, Ohr eindringen zu lassen. Elektrisches Kohlenlicht, Quarzlampen, Quarzkehlkopfspiegel und Kühlapparate waren schon anderswo versucht worden, wie aber Nepveu die Technik angiebt, scheint thatsächlich ein grosser technischer Fortschritt gemacht zu sein. Die Methode ist für den Arzt unbequemer, als für den Patienten, da die Autofixation des Quarzspiegels bisher noch nicht einwandsfrei zu gelingen scheint. Die Resultate, die man mit der Selbstspiegelung des Kranken erzielt, sind unzureichend. Was die Resultate anbelangt, so scheint es, dass die Kehlkopftuberculose die besten liefert. Genaueres sagt uns der Autor hierüber nicht, doch scheint es, dass starkes Oedem die einzige Gegenanzeige für die Verwendung bildet. Gegen Ozaena, in 5 Fällen versucht, erwies sich die Phototherapie als wirkungslos. LAUTMANN.

27) **Saenger** (Magdeburg). **Eine verbesserte Zerstäubungsvorrichtung (genaue Dosirung, Zerstäubung auch ohne Gebläse).** *Med. Klinik. 50. 1910.*

Die genaue Dosirung bei der Benutzung des „Tropfenzerstäubers“ wird dadurch erreicht, dass nur so viel Flüssigkeit eingefüllt wird, als zur Erzielung der

beabsichtigten Wirkung (z. B. Anästhesirung des Kehlkopfes und der Trachea) durch eine einmalige Inhalation erforderlich erscheint.

SEIFERT.

28) **Hermann Marschik** (Wien). **Technische Mittheilungen.** *Mit 5 Figuren. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 11. 1910.*

1. Augenspatel zum Schutze des verdrängten Bulbus bei der Radicaloperation nach Killian.

2. Rückwärtsgreifende Stanze für Fälle von weit lateral sich erstreckendem Orbitalrecessus.

3. Entenschnabel zum Abkneipen von Knochenrändern in grosser Tiefe, besonders bei grossem Orbitalrecessus.

4. Wangenhaken zum Abhalten der Weichtheile bei der Luc-Caldwell-schen Kieferhöhlenoperation.

5. Spiralreinigungsfeder für die bei der Stenosenbehandlung des Larynx vielfach verwandten Dupuy'schen T-Canülen.

Sämmtliche Instrumente sind in der Mittheilung abgebildet und mit technischen Erläuterungen versehen.

HECHT.

29) **G. Hicguet. Einige neue Instrumente. Lochtroicart für die Ausführung der Trepanation des Sin. maxill.; autostatisches Speculum für die calorische Probe des Labyrinths; Fasszange für eingekapselte Mandeln. (Quelques instruments nouveaux: Troicart importe pièce pour la trepanation du sinus maxill.; Spéculums autostatiques pour l'épreuve calorique du labyrinthe; Pince forceps pour amygdales enchatonnées.)** *La Policlinique. No. 4. 1910.*

Der Titel besagt den Inhalt.

BAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

30) **L. Grünwald** (München-Reichenhall). **Die Lymphgefässe der Nebenhöhlen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Verf. nahm seine Versuche an dem Kopfe eines 60jährigen Mannes vor. Beide Kieferhöhlen wurden durch Abtragung der ganzen Vorderwand breit freigelegt, der ganze Kopf im warmen Wasser ungefähr auf Körpertemperatur gebracht und dann eine nach Gerota'scher Vorschrift hergestellte Injectionsflüssigkeit mittels gläserner Capillarröhre rechts am Grunde der Kieferhöhle, links in die Verschlussmembran der vorderen Nasenfontanelle eingespritzt. Die Injection wurde durch Einlegen des Kopfes in 10proc. Formollösung fixirt.

Das Präparat zeigt, wie schon aus weiterer Untersuchung bekannt, dass keine Verbindungsäste zu den Alveolen und zur Orbita gehen, ausserdem, dass ein Zusammenhang des ganzen Lymphgefässsystems der Nebenhöhlen unter sich und mit dem der Nase, direct im Niveau der Mucosa und continuirlich im Verlaufe derselben, nirgends durch Wände hindurch, besteht.

Nur die Möglichkeit directer Verbreitung einer Infection auf die Nachbarschaft wird durch dieses Ergebniss beleuchtet.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).



31) **Will Walter. Studio über die Bakterienflora der Nasenschleimhaut bei Rhinitis. (A study of the bacterial flora of the nasal mucosa in the presence of rhinitis.)** *Journal American Medical Association. 24. September 1910.*

Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund seiner sich über einen Zeitraum von 2 Jahren erstreckenden Untersuchungen gelangt, sind folgende:

Es scheint evident, dass die Diphtheroiden, speciell der Bacillus segmentosus (Cantley) bei dem Zustandekommen des sogenannten gewöhnlichen Erkältungsschnupfens betheiligt sind, und es ist ersichtlich, dass dieser in epidemischer Form auftritt.

Der Micrococcus catarrhalis ist der Urheber einer stärkeren, auch epidemisch auftretenden Entzündung.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Symbiose dieser beiden Mikroorganismen die Virulenz steigert.

Der Friedländer'sche Pneumobacillus spielt vielmehr bei chronischen Processen eine Rolle und ist wahrscheinlich identisch mit dem Ozaenabacillus.

Der Fränkel'sche Pneumococcus gedeiht in allen Theilen des oberen Respirationstractus und, wenn virulent, wird er in Reincultur gefunden.

Die Infection mit dem B. segmentosus findet sich am häufigsten in der Nase, selten in der Trachea, kann aber auch eine Otitis media verursachen; der Micrococcus catarrhalis ist am meisten geeignet, den Larynx und die Trachea zu befallen, kann aber auch in Ohr oder Nase und mit wechselnder Virulenz vorkommen. Der Pneumobacillus ist meistens beschränkt auf die Nase und ihre Nebenhöhlen.

Pyogene Coccen sind local nicht pathogen, ausser als secundäre Eindringlinge.

EMIL MAYER.

32) **Mollard** und **Rimand** (Lyon). **Heilbare Sepsis, bedingt durch einen Streptococcus, der ein gewöhnlicher Saprophyt der Nase ist. (Septicémie curable due à un streptocoque saprophyte ordinaire du nez.)** *Lyon Médicale. No. 30. 24. Juli 1910.*

Der Patient hatte eine gewöhnliche Ozaena. Es ist wahrscheinlich, dass der Saprophyt infolge der Modification des Epithels in das Blut hat übergehen können, wo er in grossen Mengen aufgefunden wurde. Der Kranke genas.

GONTIER de la ROCHE.

33) **Notiz des Herausgebers. Diagnostische Tuberculinreaction auf der Nasenschleimhaut. (Diagnostic reaction of tuberculin on the nasal mucosa.)** *N. Y. Medical Record. 17. Juli 1909.*

Bericht über die Arbeit von Lafite-Dupont und Moulinier (Annales des maladies de l'oreille etc. Mai 1909), die über eine charakteristische, nur bei Tuberlösen auftretende und nie ausbleibende Reaction nach localer Application von Tuberlin auf die Nasenschleimhaut Mittheilung machen.

EMIL MAYER.

34) **W. Scott Renner. Nasentuberculose. Ein Fall mit Bemerkungen dazu. (Nasal tuberculosis; a case with remarks.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Confer Bericht der 35. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Boston 1909.

EMIL MAYER.

35) **A. J. Huey. Ein Fall von Nasentuberculose mit Ausgang in tuberculöse Meningitis. (A case of nasal tuberculosis terminating in tuberculous meningitis.)** *N. Y. Medical Journal. 7. August 1909.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

36) **Otto J. Freer. Nasentuberculose; zwei Fälle, von denen der eine das rechte Siebbein betrifft, mit Heilung nach Operation. (Nasal tuberculosis; two cases one involving the right ethmoid bone with recovery after operation.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

Confer Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Boston 1909.

EMIL MAYER.

37) **Seymour Oppenheimer. Ein Fall von primärer Nasentuberculose. (A case of primary tuberculosis of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juni 1910*

34jähriger Mann mit Perforation des knorpeligen Septums; in dem Defect sass eine Geschwulstmasse, durch welche die Nase völlig verlegt wurde; das Septum war enorm verdickt. Augenscheinlich ging die Geschwulst von dem Septum aus; sie war nicht sehr gefässreich, ziemlich blass und weich. Mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab Riesenzellen und Tuberkelbacillen. Radicaloperation. Kein Recidiv nach 3 Jahren.

EMIL MAYER.

38) **Onodi** (Budapest). **Chirurgische Behandlung der Nasenscheidewandtuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 35. 1909.*

Anregung, bei der Nasenscheidewandtuberculose statt der meist geübten kleineren Eingriffe ein Radicalvorgehen in Betracht zu ziehen, entweder durch endonasale Resection des Erkrankten oder nach vorübergehender Spaltung der Nase von aussen her. Schilderung eines Falles.

HEGENER (ZARNIKO).

39) **L. Löwe** (Berlin). **Zur Freilegung der Hypophysis.** (Verhandl. der Berl. Gesellsch. für Psychiatrie und Nervenheilkde., Sitzung vom 14. December 1908.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1909.*

Die von L. angegebene Methode, die Seitenwände der Nase thürflügelartig umzulegen, um so unter Wegnahme der im Wege stehenden inneren Theile der Nase an die Hypophyse zu gelangen, ist unter Modification von anderen Operationen jetzt 6 mal angewendet worden.

Die Freilegung des Rachendaches zum Zweck der Entfernung von Tumoren kann auch von einer Pharyngotomia subhyoidea erfolgen. Besser ist zur Vermeidung von Schluckpneumonie und zur Heilung die Pharyngotomia suprahyoidea.

HEGENER (ZARNIKO).

40) **L. Löwe** (Berlin). **Weitere Mittheilungen zur Freilegung der Hypophysis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1909.*

Im Wesentlichen dasselbe wie in No. 7.

HEGENER ZARNIKO).

41) **P. Tetens Hald. Hypophysis cerebri und ihre Pathologie. (Hypophysis cerebri og dèns Lidelser.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 30. 1910.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die neuen Ansichten über die Anatomie und

Physiologie der Hypophysis, sowie über die klinische Pathologie der Hypophysenleiden und deren Behandlung. E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

42) **E. Schmiegelow. Beitrag zur operativen Behandlung der Hypophysenleiden. (Bidrag til Hypophyselidolsernes operative Behandling.)** *Hospitalstidende. No. 42 u. 43. 1910.*

Verf. hebt hervor, dass die Versuche der neueren Zeit, den Hypophysenleiden operativ beizukommen, ein neues und interessantes Licht auf den dunklen Abschnitt der Pathologie geworfen haben, insofern es durch die Operation gelungen sei, die Sella turcica zu öffnen und die Hypophysengeschwülste theilweise zu entfernen und dadurch die schweren krankhaften Symptome, zu denen sie Anlass geben, zu heilen oder doch günstig zu beeinflussen.

Verf. verweilt besonders bei den von Schloffer und Hirsch angegebenen Operationsmethoden und theilt einen von ihm selbst operirten Fall mit, der eine Frau betraf, die an Akromegalie litt und die Zeichen eines grossen Hypophysentumors darbot, welcher heftige Kopfschmerzen verursachte, zur rechtseitigen Erblindung geführt hatte und wo Gefahr vorhanden war, dass sie das linke Auge auch verlieren würde. Die Patientin wurde nach der transnasalen Methode operirt, wobei Verf. sich hauptsächlich nach der Schloffer'schen Anweisung richtete. Sehr grossen Vortheil hatte Verf. von der Anwendung der Kuhn'schen peroralen Intubation. Das operative Ergebniss war ausserordentlich günstig. Die Kopfschmerzen verschwanden und die Sehkraft des zuletzt angegriffenen Auges wurde normal. Bei mikroskopischer Untersuchung des Entfernten bekommt man den Eindruck, als ob das Gewebe von dem vorderen Lappen der Hypophyse stamme, und es ist möglich, dass es hyperplastisches Hypophysengewebe ist.

Indessen trat drei Wochen nach der Operation, während die Patientin sich scheinbar wohl befand, ein acutes Gehirnödem auf, das die Patientin im Laufe weniger Stunden tödtete.

Bei der Section fand man die Geschwulst hinter dem Chiasma. Der rechte Nervus opticus war vollständig flachgedrückt, atrophisch, während der linke Nervus opticus ein gesundes Aussehen hatte. Der Hypophysentumor war bräunlich, mass 4 cm von oben nach unten und war 3 cm dick. Consistenz elastisch und cystisch. Der grösste Theil lag unten in der colossal vergrösserten Sella turcica (was man bei der Röntgenuntersuchung sehen konnte). Ein Theil, der hier keinen Platz hatte finden können, ragte über diese hervor. Die Sella turcica war sowohl in der Tiefe und Breite wie in der Länge vergrössert. Die hintere Wand war papierdünn, an einzelnen Stellen atrophisch und nach dem Clivus Blumenbachii durchbrochen. Auf der Vorderfläche sah man den ca. 1 cm grossen operativen Defect, der nach der Nasenhöhle führte.

Die Gehirnhäute waren sehr ödematös, kein Zeichen von Meningitis. — Es handelte sich um ein Adenoma hypophyseos. L. MAHLER.

43) **O. Hirsch. Fall einer endonasalen Hypophysenoperation.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 28. October 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1910.*

Vor der Operation bestanden nur Sehstörungen. Nach Resection der mittleren

Muschel und submucöser Resection des deviirten Septums breite Eröffnung der Keilbeinhöhlen, Abtragung des Septum sphenoidale, Freilegung der Dura, Schlitzung derselben mit einem U-förmigen Schnitt, Herabklappen des so entstandenen Lappens, Entfernung eines kirschgrossen Stückes aus dem Hypophysentumor. — Die Sehstörungen besserten sich wesentlich, histologisch wurde ein epithelialer Tumor festgestellt. — In der Discussion zu dieser Demonstration erwähnt v. Eiselsberg, dass man doch zunächst die Dauerresultate der endonasalen Methode abwarten müsse, bevor man über die Vortheile dieser Operationstechnik ein endgültiges Urtheil abgiebt.

HANSZEL.

44) **Ch. Goris. Der Weg zur Hypophyse; Vorstellung eines an Tuberculose der Nasenscheidewand und des Sinus ethmoidalis operirten Kranken. (La voie vers l'hypophyse; présentation d'une malade operée do tuberculose de la cloison nasalo et du sinus sphénoïdal.)** *Annal. de la Soc. méd.-chir. du Brabant. No. 10. 1910.*

In der Sitzung der Med.-chirurg. Gesellschaft von Brabant am 25. Oct. 1910 stellt Verf. eine Kranke vor, an welcher zwar die Abtragung der Hypophyse nicht ausgeführt worden war, die aber von ihm an einer Tuberculose der Nasenscheidewand und des linken Sin. sphenoid. operirt worden war mit Ausführung der Technik, die als Voroperation zur Abtragung der Hypophyse angewandt wird.

Von den zwei Wegen, welche zur Hypophyse führen, dem lateralen (Horsley) und dem vorderen Weg durch Nase und Sin. sphenoid., sieht Verf. den letzteren, von Schloffer und Eiselsberg angegebenen als die ideale Methode an. Der wesentliche Theil bei dieser Operation ist die Freilegung des Sinus sphenoid. Sobald man diesen vor sich sieht, entfernt man seine mittlere Scheidewand und trepanirt seine Decke, so dass man auf die Hypophyse stösst. — Diese, von der Trepanation abgesehen, sehr einfache Operation hat Verf. an seiner Kranken vorgenommen, weil er wegen der schrecklichen Kopfschmerzen, an welchen dieselbe litt, einen bösartigen Tumor vermuthete.

BAYER.

45) **Alexander W. Blain. Bericht über einen Fall von Myasis narium. (Report of a case of Myasis narium.)** *Detroit Medical Journal. Januar 1909.*

Eine Fliege kroch einem Manne in die Nase; er schnaubte sie wieder aus. 24 Stunden später starke Kopfschmerzen, sanguinolenter Ausfluss aus beiden Nasenlöchern. Es wurde die Diagnose auf Myasis gestellt. Die Behandlung bestand in Einführung von Tupfern mit reinem Chloroform, worauf mehrere Maden auskrochen. Heilung in einigen Tagen. Fast 22 pCt. der Fälle verlaufen tödtlich.

EMIL MAYER.

46) **Carceller** (Sevilla). **Ein seltener Fall von Rhinolith. (Un caso raro de rinolito.)** *Revista médica de Sevilla. November 1908.*

11jähr. Kind, das seit 8 Jahren an Nasenverstopfung und schleimig-eitriger Secretion leidet. Als Ursache ergiebt sich ein grosser Rhinolith

TAPIA.

47) **J. Némai** (Budapest). **Operirter Fall von soltenem Rhinolith.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1910.*

Verf. hat den sehr grossen Stein, welcher mit keiner Zange zu fassen war, mit dem elektrischen Bohrer in der Mitte durchbohrt, hierauf mit der Zange in mehreren Sitzungen zerbröckelt und entfernt. POLYAK.

48) **L. Dobrowolski. Ein Fall von Rhinolith. (Przypadek rynolitu.)** *Pamietnik Tow. Lekarskiego. Tom. 106. Lexeit III. 1910.*

Bei einem 31jähr. Mädchen wurde in dem linken Naseneingang ein Rhinolith constatirt, der 3 cm vom Eingang an begann und fast gänzlich den unteren und mittleren Naseneingang ausfüllte. Die Kranke litt an stinkendem Nasengeruch wie auch Nasenverstopfung, Nasenbluten, heftigen Kopfschmerzen, sowie an leichter Schwerhörigkeit auf der linken Seite. Rhinoskopisch wurde ein gelbgrauer harter Körper, mit schleimartiger Masse bedeckt, entdeckt. Nach localer Anästhesirung wurde der Rhinolith chirurgisch mittelst eines scharfen Löffels entfernt. Alle krankhafte Erscheinungen verschwanden bald darauf.

Verfasser bespricht dann die Pathologie der Rhinolithen, von welchen gegen 300 Fällen in der Literatur bekannt sind. A. v. SOKOLOWSKI.

49) **Joh. Henrichsen. Ein Fall von Corpus alienum nasi. (Et Tilfaelde af corpus alienum nasi.)** *Dansk Klinik. No. 22. 1910.*

Ein Kirschstein mit unregelmässigen Kalkablagerungen bekleidet.

E. SCHMIFGELOW (L. MAHLER).

50) **Joh. Henrichsen** (Skive, Dänemark). **Rhinolith aus einem Fremdkörper entstanden.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1910.*

Der Rhinolith hatte als Kern einen Kirschkern; der Fall bietet nichts Neues.

HECHT.

51) **Swershewski. Anomalien der Highmorshöhle. (Anomalii Gaimorowoi polesti.)** *Jeshemesjatschnik. No. 12. 1910.*

Verf. schöpft seine Angaben aus 180 anatomischen Präparaten seiner Collection. Diese bestätigen zum Theil die Angaben der früheren Autoren, zum Theil ergänzen, resp. corrigiren sie dieselben. Instructive Abbildungen erläutern die Ausführungen. Die ganze Arbeit trägt einen soliden Charakter. Das Nähere lässt sich leider im Referat nicht wiedergeben. P. HELLAT.

52) **Wachtel** (Jakobsstadt). **Beitrag zur Kenntniss des histologischen Baues der Schleimhaut bei Sinusitis maxillaris.** *Dissert. Bern 1910.*

Verf. hat drei Fälle mikroskopisch untersucht, und zwar einen Fall von acuter Exacerbation eines chronischen Empyems und zwei chronische Fälle. Keine besonderen Befunde. In keinem Präparate fanden sich eigentliche Cystenbildungen.

JONQUIÈRE.

53) **Osc. Alexander** (Bad Reichenhall). **Zur Durchleuchtung der Kieferhöhle mit Glühlicht.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 11. 1910.*

Bezüglich der „Erhellung der infraorbitalen Region“ und ihrer diagnostischen

Verwerthbarkeit für etwaige Affectionen der Kieferhöhle weist Autor darauf hin, dass „diese bei der Durchleuchtung erhellte Region dem unteren Augenlid nicht ganz entspricht, denn in seiner ganzen Ausdehnung lässt der Tarsus inferior das Licht niemals durch; es giebt mindestens der Limbus palpebrae inferior einen Schatten. Man kann sich davon leicht überzeugen, wenn man bei der Durchleuchtung das untere Augenlid nach unten zieht, und ist dann oft geradezu frappirt, wie hell dieser vorher dunkle Bezirk des Bulbus leuchtet. Es giebt Fälle, in welchen weder die Pupille noch die infraorbitale Region, sondern nur nach Herabziehen des unteren Augenlides der Bulbus leuchtet; deshalb müssen wir in zweifelhaften Fällen damit die Probe machen. Der obere Theil des Bulbus bleibt auch beim Heraufziehen des oberen Augenlides dunkel, nur der untere Theil des Bulbus wird erleuchtet. Bei Schädeln, welche bei der Durchleuchtung ein besonders helles Licht geben, kann man ein Phänomen beobachten, das für die Erkenntniss der Nasennebenhöhlenathmung Bedeutung gewinnen kann: Bei Inspiration wird die Erhellung intensiver und verbreiteter, umgekehrt bei Exspiration.“ HECHT.

54) **H. Claus** (Berlin). **Vier üble Zufälle, darunter zwei mit tödtlichem Ausgange, bei der Punction der Oberkieferhöhle.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 4. S. 88. 1910.*

Fall 1. Bei einem 19jähr. Mädchen war die Kieferhöhle von der Fossa canina und später vom unteren Nasengang aus eröffnet worden. Als dann wieder ein Recidiv eintrat und die Oeffnung im unteren Nasengang sich von Neuem stark verengt hatte, wurde mit der Lichtwitz'schen Nadel vom unteren Nasengang aus die Punction ausgeführt. Diese Procedur gelang nur mit Mühe. Als dann vorerst Luft eingeblasen wurde, liess sich der Clysopompball plötzlich nur schwer zusammendrücken und in demselben Augenblick traten bei der Patientin Cyanose, Dyspnoe, Gefühl von Angst auf. Puls 75. Nach 10 Minuten verschwanden Cyanose und Dyspnoe und auch das beklemmende Gefühl war in den nächsten Tagen wieder weg. Verf. ist geneigt, eine Luftembolie anzunehmen.

Fall 2. Apoplexia cerebri bei Ausspülung der Kieferhöhle. Der 68jährige Mann wurde bei Punction der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus plötzlich ohnmächtig. Es wurden Sprachstörungen und Lähmung der rechten Körperhälfte constatirt, die aber bereits nach 6 Tagen wieder zurückgingen.

Fall 3 und 4. Plötzlicher Tod nach Ausspülung der Oberkieferhöhle. In dem einen Falle, bei einer jugendlichen Plätterin, ergab die Section ein negatives Resultat und bei dem zweiten Falle, bei einer 36jähr. Beamtenfrau, fanden sich bei der Section zahlreiche Blutungen in der Herzmusculatur und in der grauen Rinde des Gross- und Kleinhirns. Verf. vermuthet, dass es sich in beiden Fällen um eine Novocainvergiftung gehandelt hat. OPPIKOFER.

55) **E. Jauquet. Klinische Bedeutung des Verhandenseins von Eiter im Sinus Highmori. (Signification clinique de la présence de pus dans l'antre d'Highmore.)** *La Clinique. 28. Mai 1910.*

Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit auf die Differentialdiagnose zwischen Sinusitis und Empyem und empfiehlt zur präcisen Feststellung der Diagnose das Verfahren von Mahu, bestehend im Aichen der Kieferhöhle. PARMENTIER.

56) **K. Ohno. Ueber die Diagnose und Therapie der chronischen Kieferhöhleneiterung.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XV. Heft 2—3. 1909.*

Verf. empfiehlt Ausspülung der Kieferhöhle vom Ostium accessorium mit Kochsalzlösung mittelst einer Gummipumpe bei Diagnose der Sinusitis maxillaris chronica. Auf Grund von 11 Reoperationsfällen bei 8 Patienten, welche früher von anderen Aerzten nicht radical operirt wurden, kommt Verf. zu den folgenden Schlussfolgerungen: Die conservativen Operationen, z. B. Trepanation nach Zahnextraction, Trepanation der Fossa canina, einfache Fensterbildung im unteren Nasengang mit oder ohne Schleimhautplastik, einfache Entfernung der Wandung des unteren Nasengangs von der Mundtasche aus u. s. w. haben keinen sicheren Erfolg. Solche Fälle, welche durch einfache Fensterbildung oder Trepanation zur Heilung gebracht werden können, könnte man wohl durch Ausspülung vom natürlichen Ostium aus heilen. Bei der Radicaloperation muss man die Höhle genau untersuchen und die Höhlenschleimhaut total auskratzen. Unter Localanästhesie kann man diese Operation leicht ausführen.

INO KUBO.

57) **Greenfield Sluder. Eine modificirte Mikulicz'sche Operation. (A modified Mikulicz operation.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Verf. schneidet die untere Muschel bis auf ihr hinteres Viertel oder Fünftel ab, klappt sie dann nach oben, entfernt die laterale Wand des unteren Nasengangs, klappt dann die Muschel nach unten, entfernt auch die laterale Wand des mittleren Nasengangs, so weit es ihm wünschenswerth scheint. Er lässt so an der lateralen Nasenwand nur die Leiste des Processus frontalis stehen, an welcher die untere Muschel angeheftet ist. Diese bringt er sorgfältig an ihren Platz zurück, wobei darauf geachtet wird, dass die Schnittränder gut auf einander liegen. Vorstellung eines so behandelten Patienten.

EMIL MAYER.

58) **B. Choroszycki. Eine neue Operationsmethode der Eiterung des Antrums Highmori. (Nowy sporob leczenia operacyjnego ropniaków zatoki szczekowej.)** *Medycyna. No. 50.*

Nach Entfernung eines Backzahnes (I oder II) macht der Verf. mittelst eines Trepans 2 Oeffnungen: 1. durch die labiale Vertiefung in der Alveole bis zum Antrum Highmori, 2. durch die linguale Vertiefung zur Nasenhöhle. Indem er so einen verzweigten Y-ähnlichen Canal erhält, führt er durch denselben eine Knochenzange ein und, ohne die untere Nasenmuschel zu berühren, bricht er die zwischen dem Antrum Highmori und dem unteren Nasencanal liegende Wand aus, deren unterer Rand die trepanirten Y-Canäle trennte. Durch die breite Communication von der Nasenhöhle aus entfernt er mittelst Löffels den pathologischen Inhalt des Antrum Highmori, und tamponirt sowohl durch die Zahnalveole, wie auch durch die Nasenhöhle. Die Operation kann bei localer Anästhesie ausgeführt werden und hat folgende Vorzüge: 1. die Möglichkeit einer gründlichen Reinigung sowie Besichtigung des Innern des Antrums; 2. eine breite und permanente Communication

zwischen der Nasenhöhle und dem Antrum; 3. die Nasenmuscheln bleiben unberührt; 4. die Möglichkeit einer Operation sogar bei bedeutender Deviatio septi.

A. v. SOKOLOWSKI.

59) **Otto J. Stein. Eine schnelle und gründliche Methode zur Eröffnung der Oberkieferhöhle bei ausgewählten chronischen Fällen. (A rapid and thorough method of opening the maxillary antrum in selected chronic cases.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Das für die Operation in Anwendung kommende Instrument passt sich selbst der Krümmung der lateralen Wand der Nase an. Im Grossen und Ganzen hat es gewisse Aehnlichkeit mit der Form eines vorn abgeschnittenen und V-förmig gekerbten und scharfen Löffels. Die longitudinale Krümmung passt es der nasoantralen Wand an und begünstigt eine gekrümmte Richtung, wenn das Instrument von vorn nach hinten geführt wird.

Der V-förmige Löffelmeissel kann gleichzeitig dazu benutzt werden, einen beliebigen Theil der unteren Muschel abzumeisseln.

EMIL MAYER.

60) **E. Winkler** (Bremen). **Zur Casuistik des Kieferhöhlencholesteatoms.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 251. 1909.*

28jähriger Arbeiter mit periostaler Anschwellung über dem rechten Oberkiefer und übelriechender Eiterung aus der rechten Nasenhälfte. Bei der Operation zeigte sich ein Defect in der Fossa canina. In der ganzen Kieferhöhle fehlte die Antrumschleimhaut; die weissen Membranen sassen den Knochenwänden direct auf.

Verf. erklärt sich die Cholesteatombildung als Folge einer Epithelversprengung während des Fötallebens.

Im Uebrigen vergl. Bericht der 16. Versamml. des Vereins deutscher Laryngologen. Centralblatt für Laryngologie. Bd. 25. Seite 379. Fall 3.

OPPIKOFER.

61) **A. P. Voislawsky** und **Alfred Braun. Ein Fall von Plattenzellenepitheliom der Highmorshöhle. (A case of squamous cellod epithelioma of the antrum of Highmoro.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Die Stirnhöhle war sehr gross, voll Eiter, ebenso das Siebbein; in beiden war jedoch kein Tumor, der den bestehenden Exophthalmus hätte erklären können.

Bei der Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Fossa canina fand sich die faciale Wand erodirt und in der Höhle eine schwammige Geschwulstmasse. Diese wurde mit der Curette entfernt. Es fand sich auch die nasale Antrumwand in grosser Ausdehnung erodirt. Der Tumor erwies sich als Plattenzellencarcinom.

EMIL MAYER.

62) **T. Wada. Ein inversirter Zahn in der linken Kieferhöhle.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XV. Heft 2. 1909.*

Während der Radicaloperation einer Sinusitis maxillaris chronica sinistra bei einer 35jähr. Hebamme fand W. zufällig einen Zahn in der Granulationsmasse,

der 2 Zahnwurzeln besass. Wegen des Fehlens des Eckzahns auf derselben Seite glaubt W., dass die Inversion durch Raummangel im Gebisse verursacht war.

INO KUBO.

63) **H. Sommer** (Dresden). **Die Syphilis des Nasenrachenraumes.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 4. S. 130. 1910.*

Verf. hatte Gelegenheit, im Verlaufe von 5 Jahren 300 Fälle zu untersuchen, die an Syphilis litten und wegen Beschwerden in Nase und Hals zur rhinolaryngologischen Untersuchung kamen.

129 waren im Secundärstadium der Lues. Bei 34 dieser 129 Patienten zeigte der Nasenrachenraum syphilitische Veränderungen (Erythem, Papeln, Ulcerationen), meist gleichzeitig mit specifischer Erkrankung von Mund und Rachen. Fast ausnahmslos verursachten die secundären Veränderungen im Nasenrachen keine besonderen Symptome. Einige Male bestand Tubenverschluss ohne Transsudat.

Tertiärluetische Veränderungen in Nase, Hals oder Luftröhre wurden in den 300 Fällen bei 168 constatirt. Bei 73 fand sich eine specifische Erkrankung des Nasenrachens; 38 waren männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Aber nur in 7 Fällen beschränkte sich die tertiäre Lues auf den Retronasalraum allein; bei allen übrigen Patienten bestanden gleichzeitig auch luetische Veränderungen in Nase oder Hals. Einmal sah Verf. ein isolirtes Ulcus am hinteren Ende der rechten mittleren Muschel, einmal auch ein isolirtes Ulcus am rechten Tubenwulst. Eine Nekrose des hinteren Vomerrandes gleichzeitig mit anderen luetischen Localisationen wurde 12 mal beobachtet. Bei 2 war der Boden der Keilbeinhöhle sequestrirt, und dadurch die Keilbeinhöhle auf ca. 1 cm Durchmesser breit offen. Bei 33 handelte es sich um Residuen (Defecte, Narben, Verwachsungen, namentlich am Gaumensegel). Einmal, bei einem 22jähr. Mann, war der Zugang zum Nasenrachen durch derbes Bindegewebe vollständig abgeschlossen.

Am Schlusse der Arbeit bespricht Verf. die Differentialdiagnose und die Therapie.

OPPIKOFER.

64) **Gontier de la Roche. Fremdkörper des Nasenrachens. (Corps étranger du rhino-pharynx.)** *Société médicale du Var. Juni 1909.*

Ein 16 Monate alter Säugling verschluckt ein Soustück und es werden von verschiedenen Angehörigen Extractionsversuche gemacht. Es ist dem Kinde unmöglich, irgend welche feste oder flüssige Nahrung zu schlucken; das Kind wirft blutigen Schleim aus. Eine vorsichtig in den Magen eingeführte Sonde stösst nirgends auf Widerstand. Die Palpation des Nasenrachens ergab, dass der Fremdkörper dort ziemlich fest eingekeilt sass; die Entfernung war schwierig. Verf. macht auf die Nothwendigkeit aufmerksam, in allen solchen Fällen den Nasenrachenraum zu palpiren und eine Röntgenaufnahme nicht bloss von Hals und Thorax, sondern auch vom Kopf zu machen.

AUTOREFERAT.

c. Mundrachenhöhle.

65) **W. P. Coues. Die Resultate der klinischen Gesammtuntersuchung von 212 Schulkindern. (Tho results of the clinical throat examination of 212 school children.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. Februar 1910.*

Ueber 12pCt. zeigten chronische Tonsillarhypertrophie, 50pCt. hatten cariöse Zähne und 66pCt. geschwollene Submaxillardrüsen.

EMIL MAYER.

66) **F. Schilling. Die Mundkrankheiten (Stomatologie).** *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Bd. XI. H. 2. 1910.*

Verf., der Specialarzt für Verdauungs- und Mundkrankheiten ist, betont zunächst die Bedeutung der Hygiene und Pathologie der Mundhöhle für jene Erkrankungen. Er bespricht die Stomatitis, Gingivitis, Stomatitis ulcerosa, Scorbut, Quecksilberstomatitis, Aphthen, Soor, den Foetor ex ore, die schwarze Haarzunge, Leukoplakie, Landkartenzunge, ferner die Tonsillitis und Syphilis, die Erkrankungen der Speicheldrüsen, nervöse Störungen und Tumoren.

Da alle diese Erkrankungen und noch eine Anzahl anderer, die hier nicht aufgeführt wurden, auf dem Raum von 20 Seiten abgehandelt werden, so ergiebt sich von selbst, dass es sich nur um eine ganz flüchtige Uebersicht handeln kann, die für den allgemeinen Praktiker aber wegen mancher guter therapeutischer Winke von Werth sein dürfte.

FINDER.

67) **O. Neumann. Einige Fälle von doppelseitigen Wurzelcysten und solchen, die mit dem Zahnsytem nicht in Zusammenhang stehen.** *Dissert. Breslau 1909.*

Bei Fall 1 handelt es sich um 4 Wurzelcysten, die sich im Verlaufe von 7 Jahren bei demselben Individuum entwickelten. Bei den 3 folgenden Fällen waren jeweilen 2 Wurzelcysten vorhanden, die einmal zu gleicher Zeit und bei den zwei anderen Patienten in Zwischenräumen von 2—4 Wochen beobachtet wurden.

Zum Schluss theilt Verf. die Krankengeschichten von 4 Unterkiefercystomen mit. Einmal war die partielle Resection des Kiefers nothwendig, und 3mal wurde das Cystom durch breite Resection der Cystenwand nach dem Verfahren von Partsch wie eine Wurzelcyste operirt.

OPPIKOFER.

68) **Dependorf** (Leipzig). **Ueber das Auftreten von Epithelcysten in dem Zahnfleisch von Säuglingen.** *Festschrift für Unna. 1910.*

In allen untersuchten Fällen handelte es sich um Säuglinge im Alter von 20 Tagen bis 3 Monaten. Die kleinen stecknadelkopf- bis mohnkorngrossen, meist rundlichen Knötchen mit perlweisser Farbe finden sich nicht nur in der Gaumenlinie (Cystein), sondern auch an den Alveolarrändern und zwar nach hinten zu, in der Gegend der späteren Milchmolaren und vorn in der Gegend des Zwischenkiefers. Nach den Untersuchungen von Dependorf treten die Epithelperlen und -Cysten nicht immer als makroskopisch sichtbare Knötchen hervor, sie sind auch

dort in dem Kiefer vorhanden, wo erstere Tumoren fehlen. In der Anlage sind diese Knötchen im Unterkiefer nicht weniger häufig zu finden als im Oberkiefer.

SEIFERT.

69) **P. E. Roelants** (Haag). **Ein Fall von Gingivitis hypertrophica. (Een geval van gingivitis hypertrophica.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 690. 1910.*

Bei einer 29jähr. Frau entstand während der Schwangerschaft eine hypertrophische Gingivitis, welche nach der Entbindung stark zunahm. Nach 5 Monaten zeigt Pat. auf der buccalen und lingualen Seite der unteren Zahnreihe eine Reihe von die Zähne zum grössten Theil verdeckenden Geschwülsten. Dieselben sind gelappt, blauroth und gehen breitbasig von der Gingiva aus. An einigen Stellen haben sie die Zähne auseinandergedrängt. Anämie, Albuminurie, Herzgeräusche und Herzhypertrophie. Die Geschwülste werden mit der Scheere abgetragen; die starke Blutung mit dem Galvanocauter leicht bezwungen. Vorläufig kein Recidiv. Mikroskopisch bestehen die Geschwülste an deren Basis aus Granulationsgewebe; peripheriewärts erinnern sie an cavernöse Angiome.

H. BURGER.

70) **Th. von Beust** (Dresden). **Die pleomorphen fadenbildenden Organismen des Zahnfleisches und die fusiformen Bacillen.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 46. 1909.*

Nach des Verf.'s Untersuchungen sind die Goniden von Leptothrix falciformis und die im Zahnbelag gefundenen fusiformen Bacillen identisch. Beitrag zur Technik der Entnahme und Färbung.

HEGENER (ZARNIKO).

71) **Strassburg** (Bremen). **Sarkomatöse Entartung des Zahnfleisches am Ober- und Unterkiefer, durch Röntgenstrahlen gut zurückgegangen.** *Centralblatt für Chirurgie. 4. 1911.*

Titel besagt den Inhalt.

SEIFERT.

72) **Notiz des Herausgebers. Gingivitis bei Diabetes. (Gingivitis in diabetes.)** *Journal American Medical Association. 7. Mai 1910.*

Gingivitis ist ein frühzeitiges und auffallendes Symptom in vielen Fällen von Diabetes, das während des ganzen Verlaufes dieser Erkrankung anhält. Das erste Symptom der Gingivitis ist gewöhnlich ein Brennen am Zahnfleisch; bei sorgfältiger Untersuchung kann man einen oder mehrere lose Zähne entdecken. Eiterung braucht in diesem Stadium nicht vorhanden zu sein. In einem späteren Stadium ist Retraction des Zahnfleisches vorhanden, Lockerung aller Zähne; später fallen die Zähne aus oder müssen extrahirt werden.

EMIL MAYER.

73) **Klein. Ein Fall von Stomatitis und Gingivitis. (Przypadek przewleklego zapalenia blony sluzowej jamy ustny.)** *Pamietnik Tam. Lekarskiego Tom CVI. Leszyt III. 1910.*

Der Verf. demonstrirt in der Warschauer laryngologischen Gesellschaft einen 24 Jahre alten Mann, der ihn wegen einer trotz sehr sorgfältiger Behandlung schon 4 Jahre dauernden Stomatitis und Gingivitis consultirte. Nur mit grosser Mühe erfuhr er vom Kranken, dass derselbe vor 5 Jahren, nachdem er bemerkt hatte, dass er an Pediculosis vestimenti erkrankt sei, auf Anrathen seiner Bekannten

folgendes höchst curiose Mittel anwandte: Ein 2 Ellen langes Tuchstück rieb er zusammen mit Eiweiss und 3 Loth Quecksilber so lange im Mörser, bis die ganze Mischung in das Tuch eindrang. Das so präparirte Tuch legte er sich um die Brust, indem er dasselbe anfangs dreimonatlich, im letzten Jahre monatlich wechselte. Die Pediculosis verschwand, dagegen entwickelte sich bei dem Kranken eine Stomatitis mercurialis, die so charakteristische Formen annahm, dass man sich wundern muss, dass keiner von den den Kranken behandelnden Aerzten ihn um den Grund der Quecksilbervergiftung gefragt hat. Autor demonstrirt das Tuch.

A. v. SOKOLOWSKI.

74) **Ledermann** (Berlin). **Drei Fälle von Lichen ruber planus der Mundhöhle.** (Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 3. März 1909.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1909.*

Zwei Fälle betreffen nur die Zungen- und Wangenschleimhaut, während der dritte ausser Wangenschleimhaut den Lippensaum und den Hoden afficirt zeigt.

HEGENER (ZARNIKO).

75) **Harold Neuhof. Eine Epidemie von Noma. (An epidemic of noma.)** *American Journal Medical Sciences. Mai 1910.*

Verf. beschreibt eine in einem Waisenhaus beobachtete Epidemie. Er kommt zu dem Schluss, dass die Krankheit eine solche sui generis sei und nicht das spätere Stadium der ulcerösen Stomatitis. Constant ist die Anwesenheit eines Streptothrix, der charakterisirt ist durch ein dichtes Mycelienwerk an der Grenze zwischen normalem und nekrotischem Gewebe; feine Fäden und Spirillen erstrecken sich von den Mycelien in das angrenzende Gewebe. Der Mikroorganismus findet sich im pränekrotischen Stadium.

EMIL MAYER.

76) **E. Meyer** (Berlin). **Pergenol, ein festes Wasserstoffsuperoxyd.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Es soll alle Vortheile des H_2O_2 besitzen ohne die leichte Zersetzlichkeit und die Schwierigkeit des Transportes. Anwendung bei Stomatitis, Nebenhöhleneiterungen u. s. w.

HEGENER (ZARNIKO).

77) **Gotthilf** (Kassel). **Weitere Erfahrungen über die Verwendung von Pergenol-Mundpastillen.** *Fortschritte der Medicin. 3. 1911.*

Die Pastillen eignen sich sowohl bei allen primären Erkrankungen der Halsorgane als auch bei den secundären, besonders auch bei Hg-Curen zur Vermeidung von Stomatitis.

SEIFERT.

78) **J. W. Jervey. Die Wahrheit über Tonsillen und Adenoide. (The truth about tonsils and adenoids.)** *Journal American Medical Association. 11. Mai 1910.*

Verf.'s Ansicht ist die, dass in einer grossen Anzahl der Fälle die geschwollenen Tonsillen nur eine rein compensatorische Hypertrophie darstellen und in gewissem Maasse die Function der Nasenmuscheln übernehmen; wenn die Nasenathmung wieder hergestellt wird, so schrumpfen in diesen Fällen die hypertro-

phirten Tonsillen wieder. Dies ist besonders der Fall bei der lymphatischen Form der Hypertrophie; aber auch bei evident fibrösen Hyperplasien besteht eine Neigung zur Schrumpfung. EMIL MAYER.

79) **P. Bouvier** (Greifswald). **Thrombose der Vena jugularis interna und des Sinus transversus nach Angina und Drüsenabscess.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 4. S. 26. 1910.*

Die 58jährige Frau wurde unter dem Bilde einer Septicopyämie ins Spital gebracht. Die Anamnese sprach dafür, dass Patientin kurz vorher eine Angina durchgemacht hatte; doch ergab die Untersuchung der Mundhöhle nichts Besonderes. Da eine Schwellung hinter und unter dem linken Warzenfortsatz bestand und der allgemeine Zustand sich rasch verschlimmerte, so wurde trotz normalen Trommelfellbefundes der Warzenfortsatz aufgemeisselt. Er erwies sich als gesund. Hingegen wurde bei der weiteren Operation eine eitrige Thrombose des Sinus sigmoideus und dann der Vena jugularis nachgewiesen. Bei der Section fand sich ein Abscess in der linken Mandel und in einer tiefen Cervicaldrüse an der Wand der Vena jugularis. Dieser Drüsenabscess hatte zur Thrombophlebitis der Vene, des Bulbus und des Sinus sigmoideus geführt. Centralwärts ging die Thrombose bis nahe an die Vena anonyma heran. Nephritis parenchymatosa.

Im Anschluss an diese Beobachtung bespricht Verf. die nicht otogenen Thrombosen der verschiedenen Blutleiter und kommt dann unter Zusammenstellung der diesbezüglichen Literatur auch auf die nicht otogene Thrombose des Sinus cavernosus zu sprechen. In der fleissigen und practisch wichtigen Arbeit wäre das Literaturverzeichniss noch durch einige Fälle zu ergänzen; wir verweisen bei dieser Gelegenheit auf eine ausführliche Krankengeschichte von eitriger Thrombose des Sinus cavernosus im Anschluss an Periostitis infolge Zahncaries aus der Siebenmann'schen Klinik (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 266. 1904), eine Beobachtung, die, in einem Jahresbericht versteckt, in der Literatur keine Berücksichtigung gefunden hat. OPPIKOFER.

80) **F. Egidi. Sepsis nach leichten Anginen. (Sotticemia in seguito a tonsilliti lievi.)** *Bollett. malatt. dell'orecchio. October 1910.*

Zwei Beobachtungen von tödtlich endenden Fällen, in denen die Sepsis zweifellos an eine Angina sich anschloss. CALAMIDA.

81) **Wildenberg. Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Gangrän des Gesichtes und des Halses, von der Mandel ausgehend. (Un cas remarquable de gangrène du cou et de la face d'origine amygdalienne.)** *Archives Internationales de laryngologie. Tome XXXI. No. 1. 1910.*

Vortrag, der auf dem letzten Belgischen Congresse gehalten worden ist. Cfr. Bericht. LAUTMANN.

82) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Operation der Gaumenmandeln mit der Schlinge.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. H. 11. 1910.*

B. empfiehlt als geeignetes Instrument zur Entfernung der Gaumenmandeln

die Brünings'sche kalte Schlinge, für Ausnahmefälle die Glühschlinge. Er verwirft sowohl für Tonsillotomie wie Adenotomie jede Narkose und erachtet auch die Anwendung localer Anästhesie bei Tonsillotomie für überflüssig. Sollen bei Kindern sämmtliche 3 Mandeln entfernt werden, so operirt Autor zweizeitig; erst Tonsillotomie beiderseits und nach einer mehr minder langen Pause Adenotomie, am geeignetsten mit Schütz-Passow, den Autor noch weiter modificirte. Die angebliche Schmerzlosigkeit der Schlingentonsillotomie, die eine locale Anästhesie nicht benöthigt, sowie das zweizeitige Operiren bei Entfernung der 3 Mandeln dürfte wohl nicht überall Zustimmung finden. Eingehende technische Erörterungen und Bericht über einen Fall einer excessiv grossen Gaumenmandel einer Seite — bei Fehlen der Mandel der anderen Seite — beschliessen die Arbeit.

HECHT.

83) **Herbert Charles. Die Haltung des Patienten und die Wahl des Anaestheticum bei der Tonsillectomie. (The position of the patient and the choice of anaesthetic in tonsillectomy.)** *Archives of Middlesex Hospital. 19. Juli 1910.*

Verf. setzt die Vorzüge der sitzenden und vornübergebeugten Haltung auseinander und bespricht die Anwendung verschiedener Narcotica: Aethylchlorid, Aether und Chloroform.

A. J. WRIGHT.

84) **M. Ruprecht** (Bremen.) **Ueber örtliche Anästhesirung der Mandeln.** (Nach einem 1909 auf dem XVI. Internationalen Medicinischen Congress zu Budapest gehaltenen Vortrag.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Zunächst giebt Verf. eine Uebersicht der bisher geübten Verfahren; dann beschreibt er seine eigenen Methoden zur Anästhesirung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen.

Er berücksichtigt dabei vor allem den Verlauf der sensiblen Nerven in dem unempfindlich zu machenden Gebiet und legt Hauptwerth auf die Wahl eines möglichst wenig toxischen, aber energisch analgetisch wirkenden Mittels in isotonischer Lösung.

Zur Anästhesirung der Tonsillen bedient sich Verf. isotonischer 2proc. Novocain-Suprareninlösung. Zunächst erfolgt ein flacher Einstich in den untersten, der Mandel noch anliegenden Theil des vorderen Gaumenbogens. Man erreicht so eine meist bis nahe an die obere Commissur der Bögen reichende Anästhesie des vorderen Gaumenbogens. Nahe der oberen Grenze seines unempfindlich gewordenen Theiles macht man die zweite Injection in gleicher Weise. Dann folgt ein Einstich dicht über und vor der Gaumenbogencommissur mit erst oberflächlicher, dann tief ins Parenchym geführter Injection. Nach der Injection soll man mindestens 8 Minuten warten. Verf. bedient sich einer Dreiring-Recordspritze (siehe Abbildung).

Zur Rachenmandelanästhesie wird zuerst ein 1proc. Cocain-Suprareninspray für beide Nasenhälften angewandt; dann werden 6 — resp. 8 bei grösseren Kindern oder Erwachsenen — dünne silberne Sonden mit angedrehtem Wattebausch mit 8—10 Tropfen 10 proc. Alypin-Suprareninlösung getränkt und nacheinander durch die Nase auf die Rachenmandel applicirt. Verf. ist nach beigefügter Statistik mit seiner Methode sehr zufrieden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.)

85) **Guyot** (Genf). **Ueber die Indication und Contraindication der Narkose bei der Operation der drei Mandeln.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 7. Genf 1910.*

Verf. kommt nach vielen eigenen und nach Vergleichung sehr vieler fremder Erfahrungen zu folgendem Urtheile: In der grossen Mehrzahl bildet die Narkose bei der Entfernung der drei Mandeln eine zu der Schmerzhaftigkeit des Eingriffes ganz unverhältnissmässige Gefahr. Sie ist einzig gerechtfertigt bei ganz unbändigen und sehr nervösen Kindern und da, wo wegen besonderer Verhältnisse der Mandeln, Verwachsungen etc. eine längere Dauer der Operation vorauszuberechnen ist. Verf. empfiehlt einzig das Chloräthyl zu dieser Narkose mit der Maske von Calmus, welche eine progressive Resorption des Narkoticums gestatte und viel geringere Dosen benöthige als das Bromäthyl. Letzteres schütze viel weniger gegen Todesfälle, im Verhältniss von $^1/_{8000}$ gegenüber $^1/_{16000}$ bei Chloräthyl. Auch errege Bromäthyl häufig Erbrechen.

Ohne auf eine Discussion einzugehen, kann Referent versichern, dass er bei vielen Hundert Narkosen kein einziges Mal Erbrechen bei Bromäthyl beobachtet hat, wenn die Kinder ganz nüchtern, mindestens 12 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme zur Narkose kamen, während bei nicht ganz nüchternem Verhalten das Erbrechen stets schon im Beginn der Narkose eintritt, so dass mit derselben nach beendigtem Vomitus wieder neu angefangen werden muss. Im Uebrigen kann man mit Verf. durchaus übereinstimmen, dass die Narkose möglichst selten anzuwenden sei, wobei das „möglichst" Spielraum lässt.

Von der noch häufigen Anwendung des Chloroforms, Schwefeläthers und Lachgases bei Mandeloperationen dürfte nur gesagt werden, dass es sich nur um die Beibehaltung einer alten Gewohnheit handele.

JONQUIÈRE.

86) **J. Broeckaert. Vor- und Nachtheile, Gefahren der Gaumenmandelabtragung. (Avantages, inconvénients et dangers de l'ablation des amygdales palatines.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 2. u. 3. 1910.*

Diese compilatorische Arbeit wurde als Bericht für den belgischen Oto-Rhino-Laryngologen-Congress, Juni 1910, bestimmt. Sie bringt nichts Neues, wohl aber stellt sie eine gute Uebersicht über die gegenwärtig herrschenden Hypothesen dar. Verf. führt unter den Fernwirkungen auf die Haut auch ein scarlatinöses Erythem an, das er wiederholt nach Mandelausschneidung bemerkt hat. Es ist nicht zu zweifeln, dass es sich in seinen Fällen um leichte septische Formen gehandelt habe, die offenbar mit der Hypertrophie der Mandeln als solcher nichts zu thun haben. Es ist auch angezeigt, vorsichtiger zu sein mit den Operationen der Mandeln bei Sängern. Wenn auch kein Ausfall im Stimmumfang, so sind doch Störungen im Stimmansatz nach Mandeloperation beobachtet worden. Verf. kann sich nicht zur Totalexstirpation der Mandeln nach amerikanischem Muster entscheiden. Blutungen nach Mandeloperationen hat Verf. selten bemerkt, viel seltener, als man allgemein befürchtet.

LAUTMANN.

87) **L. W. Dean. Schwere Sepsis nach Mandeloperationen. (Severe sepsis following tonsil operations.)** *The Laryngoscope. Juli 1910.*

Es werden berichtet: Ein Todesfall in Folge Sepsis nach Tonsillektomie; ein Fall von Gehirnthrombose nach Tonsillotomie und ein Fall von Gangrän der Halsmuskeln nach Tonsillektomie. EMIL MAYER.

88) **John P. Doughtery. Ein einfaches Tonsillotom. (A simple tonsillotome.)** *Journal American Medical Association. 11. Juni 1910.*

Das Instrument ist im Princip nichts anderes als ein starker Fingernagel. EMIL MAYER.

89) **Charles E Perkins. Eine neue Tonsillenzange. (A new tonsil forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Zange mit löffelartigen Branchen, die den Vorzug hat, das Gewebe zu halten und nicht auszureissen. EMIL MAYER.

90) **William Westley Carter. Ein neues Spiraltenakel für die Tonsille. (A new spiral tonsil tenaculum.)** *Journal American Medical Association. April 1910.*

Besteht aus zwei spiralförmig gekrümmten Zinken, die auf der Oberffäche abgeflacht sind und die jede eine halbe Schraubendrehung machen. EMIL MAYER.

91) **Edward C. Sewall. Ein combinirter Mundsperrer und Zungenspatel und ein Saugapparat für Mandeloperation. (Combined mouth gag and tongue fixer and suction apparatus for tonsil operation.)** *Journal American Medical Association. 2. April 1910.*

Das Instrument lehnt sich an den alten Hartmann'schen Mundsperrer an. Der Zungenspatel reicht bis zur Basis der Zunge; dadurch wird der Zungengrund von der hinteren Rachenwand abgedrängt und gleichzeitig auch die Gaumenbögen angespannt, so dass ihre Ablösung von den Tonsillen sehr erleichtert wird.

Der Saugapparat besteht aus einer grossen Flasche, in der mittelst einer Wassersaugpumpe ein partielles Vacuum erzeugt wird. Ein Rohr wird daran befestigt, das leicht durch Mund oder Nase in den Rachen eingeführt werden kann.

EMIL MAYER.

92) **F. H. Brandt. Ein neuer combinirter Mundsperrer und Zungendepressor. (A new combination mouth-gag and tongue-depressor.)** *Journal American Medical Association. 9. Juli 1910.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

93) **A. Torretta. Die larvirten Formen der Diphtherie in den oberen Luftwegen. (Le forme larvate di difterite delle prime vie aeree.)** *Atti della Clinica Oto Rino-Laringoiatrica di Roma. 1909.*

Verf. gelangt auf Grund seiner klinischen und experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Der virulente Diphtheriebacillus kann in den oberen Luftwegen, speciell in der Nasenhöhle, gefunden werden, ohne dass er zu Allgemeinsymptomen Anlass giebt und unter fast unmerklichen Localerscheinungen.

2. Besagter Bacillus kann mehr als zwei Monate lang ein virulenter Bewohner der oberen Luftwege, besonders der hypertrophirten Rachenmandel bleiben, nachdem der diphtherische Process geheilt ist.

3. Das Thierexperiment genügt zwar immer, um den virulenten Klebs-Löffler'schen Bacillus von dem Hoffmann'schen zu unterscheiden; jedoch trifft dies nicht zu für den avirulenten Klebs-Löffler'schen Bacillus oder für den, bei welchem die Virulenz nur anscheinend aufgehoben ist.

4. Von den verschiedenen, zur schnellen Differentialdiagnose zwischen den beiden ähnlichen Bacillenformen vorgeschlagenen Mitteln hat keines unbedingten Werth; einige, besonders die Färbung der Polgranulationen nach Neisser-Piorkowski, haben nur Werth, wenn sie positiv sind.

5. Die Diphtherieinfection wird nicht so sehr durch die erwachsenen Personen aus der Umgebung der Kranken übertragen, als vielmehr durch die Kranken und besonders die in der Reconvalescenz befindlichen Kinder selbst, durch Küsse, Hustenstösse, Wäsche und sonstige Gegenstände. Es erklärt sich dies durch die constante Anwesenheit von virulenten Bacillen in den oberen Luftwegen bis zwei Monate nach der klinischen Heilung der Diphtherie.

CALAMIDA.

94) **Kretschmer** (Berlin). **Beitrag zur Bekämpfung der Bacillenpersistenz bei Diphtheriereconvalescenten.** *Med. Klinik. 3. 1911.*

Zur practischen Verwerthung dürfte es sich empfehlen, zuerst nach ca. drei Wochen, vom Krankheitsbeginn gerechnet, eine Tonsillenquetschung und sofortige Abstrichcultur vorzunehmen und je nach dem Ausfall der Cultur das Verfahren in Abständen von mehreren Tagen zu wiederholen, bis die Cultur negativ ausfällt. Zum Ausquetschen der Tonsillen wird der Hartmann'sche Tonsillenquetscher benutzt.

SEIFERT.

95) **M. Brückner** (Dresden). **Acute cerebrale Ataxie im Verlaufe einer Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 34. 1909.*

Titel besagt den Inhalt.

HEGENER (ZARNIKO).

96) **W. P. Northrup. Reintubation bei diphtherischer Lähmung. (Second intubation. Diphtheric paralysis.)** *Archivs of Pediatrics. Juli 1910.*

Bericht über einen, ein $13^1/_2$ Monate altes Kind betreffenden Fall. Das Kind war in einem Hospital wegen Diphtherie intubirt worden und als „geheilt" entlassen. Nach 4 Wochen wurde es wegen starker Dyspnoe wieder in ein Krankenhaus gebracht und wieder intubirt. Die Intubationen wurden 7 Wochen lang mit Tuben von steigender Grösse fortgesetzt. Verf. meint, es habe sich „wahrscheinlich bei der secundären Dyspnoe um eine diphtherische Kehlkopflähmung plus einer subglottischen Schwellung gehandelt, auch complicirt durch einen ausgesprochenen nervösen Spasmus, zu dem eine Tendenz in Folge eines vorhergehenden Keuchhustens bestand."

EMIL MAYER.



97) **A. S. Ransome** und **E. M. Corner. Gangrän der Extremität während der Reconvalescenz nach Diphtherie. (Gangrena of limb during convalescence from diphtheria.)** *Lancet. 14. Januar 1911.*

Es wird ein Fall von Gangrän nach Embolie der Art. poplitea beschrieben. Die Gangrän zeigte sich an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel des Beins. Heilung nach Amputation. Es werden neun aus der Literatur gesammelte Fälle aufgeführt.

A. J. WRIGHT.

98) **J. R. Davis. Fall von Diphtherie mit secundärer Drüseninfection. (Case of diphtheria with secondary gland infection.)** *Australian Medical Journal. 20. October 1910.*

Eine Mischinfection der Tonsille mit Diphtheriebacillen und Streptococcus albus führte zu einem Cervicaldrüsenabscess.

A. J. BRADY.

99) **E. Meyer** (Berlin). **Diphtherie.** (Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 9. Juni 1909.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Erschwertes Decanulement nach Diphtherie durch vollkommenen Narbenabschluss des Larynx gegen die Trachea hervorgerufen. Excision und Dilatation.

HEGENER (ZARNIKO).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **Frank Smithies. Extralaryngeale Ursache für Larynxsymptome. (Extralaryngeal causes of laryngeal symptoms.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909. The Physician and Surgeon. Juli 1909.*

Verf. bespricht zunächst gewisse Neurosen (Aphonie und nervöse Stimmstörungen, nervösen Husten). Bisweilen wird Husten verursacht durch Druck seitens einer vergrösserten Schilddrüse. Dann bespricht er die durch Veränderungen der Brusteingeweide verursachten Kehlkopfstörungen (Herz, Aorta, Lungen, Mediastinum), ferner die Kehlkopfsymptome bei Fremdkörpern der Trachea und Bronchien, bei den verschiedenen Formen der Anämie. Den Schluss bildet eine Uebersicht über die Einwirkung verschiedener Medicamente auf den Larynx (Larynxödem bei Pilocarpinanwendung; ähnliches bei excessiver Anwendung von Nitroglycerin; auch bei localer Anwendung von Orthoform kann Oedem auftreten).

EMIL MAYER.

101) **Jacob Gugenheim** (Nürnberg). **Ueber Kehlsackbildung (Laryngocele)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Beschreibung eines Falles von doppelseitiger Laryngocele bei einem Oboebläser, die durch Photographien illustrirt wird.

Rechts besteht die Geschwulst aus einer überwallnussgrossen Prominenz zur Seite des Schildknorpels mit anschliessendem strangförmigem Theil, der nach oben und medianwärts dem Zungenbein zustrebt. Links ist der Tumor seichter, nicht so deutlich hervortretend als rechts.

WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Castex** (Paris). **Die Kehlkopfatrophien. (Les atrophies laryngées.)** *Le Larynx. No. 2. April 1910.*

Verf. berichtet über mehrere Beobachtungen von mehr oder weniger ausgesprochener Heiserkeit, wo man bei der laryngoskopischen Untersuchung fand, dass die Stimmlippen eine Veränderung in dem Sinne erlitten haben, dass sie klein und dünn sind und in der Mittellinie nicht aneinanderkommen. In allen Fällen soll die Veränderung auf eine Infectionskrankheit zurückzuführen gewesen sein.

Verf. meint selbst, es liege kein Anlass zur Aufstellung eines neuen nosologischen Begriffs vor.

GONTIER de la ROCHE.

103) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber einseitige Stimmbanderkrankung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Rechte Kehlkopfhälfte normal. Die linke Stimmlippe ist in ihrer ganzen Länge geröthet, leicht geschwollen und mit kleinen Granulationen auf der Oberfläche besetzt. Nach Exstirpation der Granulationen mit der Fränkel'schen Zange ergab die mikroskopische Untersuchung Tuberculose. Nach Pinselung mit Milchsäure Heilung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **R. Imhofer** (Prag). **Ueber einseitige Stimmbanderkrankung. Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Max Scheier.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. S. 40. 1910.*

Bei einer 21jährigen Gravida wurde folgender Kehlkopfbefund aufgenommen: Das rechte Stimmband normal; das linke fast um die Hälfte schmäler als das rechte, seine Oberfläche stark geröthet und höckerig. Dabei zeigte es sich, dass die vordere Hälfte des Stimmbandes stärker geröthet ist, als die hinteren gegen den Processus vocalis zu gelegenen Partien. Die Beweglichkeit des Stimmbandes erscheint vollkommen normal. Die übrigen Theile des Larynx zeigen keine abnormen Verhältnisse.

Pat. ist nie heiser gewesen; der Befund wurde überhaupt nur zufällig erhoben. Für Tuberculose, Lues, Carcinom ist kein Anhaltspunkt vorhanden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **H. Arrowsmith. Ein Fall von anscheinend primärer intralaryngealer Actinomycose. (A case of apparently primary intralaryngeal actinemycosis.)** *The Laryngoscope. October 1910.*

19jähriger Mann. Die Epiglottis war leicht verdickt und rechts von der Mittellinie befand sich auf ihrer laryngealen Fläche eine kleine weissliche Auflagerung. In der Gegend der Stimmlippen und diese völlig verdeckend und verbergend fanden sich unregelmässige, schmutzig-weisse Massen, die mehr als die Hälfte des Glottisspaltes verschlossen. Ebensolche Gewebsmassen besetzten das Trachealrohr so weit nach unten, als man sehen konnte; dies war aber nur bis zu geringer Tiefe der Fall wegen der das Lumen einengenden Massen.

Die pathologische Untersuchung (Jonathan Wright) lautete auf Actinomycose. Bei der letzten Untersuchung fand sich im Pharynx eine mit dem Larynx-

befund fast identische Stelle, während vorher sich nirgends anders als im Larynx etwas gefunden hatte.

EMIL MAYER.

106) **Szleifstein. Zur Frage der Laryngostomie bei Larynxsklerom. (W sprawie przecinania krtani w̨ chorych̨ z twardziela.)** *Medycyna. No. 41. 1910.*

Der Verf. beschreibt sehr genau einen Fall von Larynxsklerom mit grossen Narbenverengerungen bei einem 33jährigen Manne, welcher zweimal, am 4. Januar und 6. November 1909, mittelst einer combinirten Methode (Sargnon-Barlatier und Melzi-Cagnola) mit so überraschend gutem Erfolge operirt wurde, dass der Kranke schon nach einigen Monaten schwere Arbeiten verrichten konnte, ohne irgend welche dyspnoische Erscheinungen dabei zu verspüren.

A. v. SOKOLOWSKI.

107) **Girard** (Paris). **Behandlung der schweren Masernlaryngitis beim Kinde. (Traitement des laryngites graves de la rougeole chez l'enfant.)** *Thèse. Paris 1910.*

Neben der gewöhnlichen Behandlung räth Verf., ausser, wenn Albuminurie besteht, Morphininjectionen anzuwenden.

Wird die Asphyxie bedrohlich, so ist die Intubation der Tracheotomie vorzuziehen, doch soll man die Tube nicht länger als 24—48 Stunden in situ lassen.

GONTIER de la ROCHE.

108) **Nowicki. Kehlkopftuberculose vom anatomo-pathologischen Standpunkte aus. (Gruzlica krtani ze stanowiska anatomopatologicznego.)** *Tyg. lekarski. No. 44—46. 1910.*

Der Verf. fand von 5095 Autopsien bei 2076 Fällen tuberculöse Veränderungen. Davon waren 448 Fälle (21,5 pCt.) von Kehlkopf- und Trachealtuberculose. Indem der Verf. drei Infectionsmöglichkeiten, d. h. durch die Blutgefässe, auf lymphatischem Wege und von der Mucosa aus, unterscheidet, hält er die beiden ersten für sehr selten, dagegen die dritte für sehr wichtig und zwar kommt sie am meisten bei der cavernösen Form der Lungentuberculose vor. Die Statistik des Autors zeigt Veränderungen des Kehlkopfs und der Trachea in 38,6 pCt. der Fälle bei der cavernösen Lungentuberculose und in 8,2 pCt. der Fälle bei geringeren Lungenveränderungen. In 8 Fällen hat der Verf. überhaupt keine Veränderungen in den Lungen gefunden. Bei den Lungenveränderungen fand der Verf. von 40 Fällen in 27 (62,7 pCt.) Tuberkelbacillen im Kehlkopf und zwar am häufigsten im Ventriculns Morgagni. Sehr oft hat er hier den Micrococcus catarrhalis gefunden. Der Verf. beschreibt verschiedene Arten der Kehlkopftuberculose vom anatomisch-pathologischen Standpunkte aus, doch die Einzelheiten eignen sich nicht zum Referiren. Was die Localisirung der tuberculösen Veränderung betrifft, so bestätigt der Verf., dass die Geschwüre und Erosionen sich sehr gern in der Gegend der Processus vocales localisiren und dass überhaupt die tuberculösen Veränderungen in der Gegend der hinteren Kehlkopfwand, auf den Stimmbändern, auf der unteren Oberfläche der Epiglottis, auf den Wänden des Introitus und in der Commissura anterior entstehen. Als Krankheitsprocesse, die mit Tuberculose sich oft combiniren und oft Anlass zu Irrthümern geben, erwähnt der Verf.

Lues, Scleroma und Carcinoma. Die Kehlkopftuberculose hat der Verf. am häufigsten bei 20—30jährigen Männern (29 pCt.) beobachtet, überhaupt häufiger bei Männern (62,5 pCt.), wie bei Frauen (37,5 pCt.). Indem der Verf. die Möglichkeit der Ausheilung, sei es spontan oder unter Beeinflussung von verschiedenen therapeutischen Mitteln zugiebt, bespricht er noch die mikroskopische Untersuchung der bei Lebzeiten ausgeschnittenen Gewebspartikel und kommt zu dem Resultat, dass man oft Erscheinungen in dem Verhalten des Epithels finden kann, die man leicht geneigt ist, als beginnende Krebsformen oder bei tuberculösen Tumoren als Fibroepithelioma anzunehmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

109) **Schender. Zur Pathologie und Therapie der Larynxtuberculose. Combinirte Behandlung mit Tuberculin und örtlichen Mitteln. (Z patologii i terapii tuberkulosa gortani opyt letschnija ewo podkoshnymi injekziami tuberkulina combinirowannyani s mestnym letschenişew.)** *Jeshemesjalschnik. No. 9 u. 10. 1910.*

Mittheilung von 10 Krankengeschichten, welche mit Tuberculin-Denys behandelt wurden.

P. HELLAT.

110) **A. De Gradi. Ueber den Verlauf der Larynxtuberculose in Fällen von Lungenphthise, die mittels künstlichem Pneumothorax geheilt wurden. (Sul decorso della tuberculosi laringea nei casi di tisi polmonare curati con il pneumotorace artificiale.)** *Gazetta Medica Italiana. No. 29. 1910.*

Verf. berichtet über drei Fälle, die zeigen, dass man nicht nur eine Besserung, sondern manchmal auch eine Heilung mittels der gewöhnlichen therapeutischen Mittel erzielen kann, wenn der Pneumothorax bei der Lungenerkrankung zu einer Heilung — wenigstens im klinischen Sinne — geführt hat.

CALAMIDA.

111) **C. R. Dufour. Wirkung der Schwangerschaft auf Kehlkopftuberculose. (Effects of pregnancy on laryngeal tuberculosis.)** *Virginia Medical Semi-Monthly Richmond. 11. März 1910.*

Verf. setzt die Gründe auseinander, aus denen Kehlkopftuberculose für eine Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft betrachtet werden kann.

EMIL MAYER.

112) **Sillig** (Leysin). **Stenosirende Kehlkopftuberculose, dreijährige Aphonie, Heilung durch den Galvanokauter.** (Aus dem Sanatorium populaire von Leysin.) *Revue méd. de la Suisse romande. Genf 1910.*

Ziemlich schwere Lungentuberculose. An der Interarytänoidwand 2 grosse, tuberculöse, kegelförmige Wucherungen. Zuerst angewandte 25—75 proc. Milchsäure beseitigte nach monatelangen Pinselungen die Geschwülstchen bis auf einen kleinen Rest. Nach Verlassen des Sanatoriums kehrten dieselben aber vollkommen wieder, trotz anhaltender Besserung der Lungen und des Allgemeinbefindens. Eine zweimalige gründliche Zerstörung der Granulome mittels Galvanokaustik führte Vernarbung derselben und der ganzen Hinterwand herbei. Indessen fehlt bei den Angaben die Nachricht über die Dauer dieser Heilung nach der Rückkehr der Patientin in ihre gewöhnlichen Verhältnisse

JONQUIÈRE.

113) **Br. Karbowski. Langdauernde Anästhesie des Larynx bei der Tuberculose nach der R. Hoffmann'schen Methode. (Dlugotrwale znieczulenie krtani w gruzlicy podlug metody R. Hoffmana.)** *Gazeta lekarska. No. 50. 1910.*

Die Methode beruht auf der Einspritzung von Alkohol (0,50—1,50 g) in den Laryngeus superior durch die äussere Haut. Der Verf. erzielte eine vollständige Anästhesie sogar bis 40 Tage andauernd. Wichtigere Complicationen hat der Verf. bei 36 Fällen nicht bemerkt. Für kurzandauernde Anästhesien empfiehlt Hoffmann ein Rohr, dessen eines Ende der Kranke sich tief in den Mund steckt, das andere kugelartig verlaufende Ende füllt man mit irgend einem Anästheticum an. Bei tiefem Einathmen gelangt das Anästheticum in den Larynx und so erzielt der Verf. die Anästhesie.

A. v. SOKOLOWSKI.

114) **Gottfr. Roth** (Bad Reichenhall). **Ueber die Daueranästhesie des Kehlkopfes bei Tuberculose durch Alkoholinfiltration des Nerv. laryng. sup.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1910.*

Verf. wandte bei 33 Kehlkopfphthisikern mit starken Schluckbeschwerden die von Hoffmann-München angegebenen Alkoholinjectionen mit sehr gutem Erfolge an. Fiebertemperaturen bilden keine Contraindication zur Injection, bei vorher fieberlosen Kranken zeigte sich nach der Injection nie eine Temperatursteigerung. Der Erfolg hielt im Durchschnitt 7 Tage lang an, die kürzeste Wirkung dauerte einen Tag, die längste 21 Tage. Ein Einfluss auf den Husten konnte nach keiner Seite hin constatirt werden. Die Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut trat im Allgemeinen früher ein, wie die Analgesie, verschwand aber auch wieder früher; sie dauerte im Mittel 5 Tage. Bei der nur relativ kurzen Dauerwirkung der Alkoholinjectionen muss man die Einspritzung öfter wiederholen; dies ist ohne jedes Bedenken. Bei öfter wiederholten Injectionen machte Autor die Erfahrung, dass mit jeder Injection das Aufhören oder Nachlassen der Schluckschmerzen früher einsetzt und länger anhält. Die Technik, die sich nach den Hoffmann'schen Angaben richtete, wird eingehend besprochen.

HECHT.

115) **Boulay. Die Anästhesie bei der modernen Behandlung der Kehlkopftuberculose. (L'anesthésie dans le traitement moderne de la pthisie laryngée.)** *Presse Médicale. No. 8. 1911.*

Zusammenstellung der in der letzten Zeit empfohlenen Methoden, die Dysphagie bei der Kehlkopftuberculose zu bekämpfen. Beschrieben werden die Methode der submucösen Novocaininjection von Spiess, die Methode von Polyak mittels Stauung, die Methode von Hoffmann (Alkoholisation des Nervus laryngeus sup.). Die Abbildungen zeigen die Lage des Nerven zum Kehlkopf und die Lage der Hände während des Einstiches zur Alkoholdurchtränkung des Nerven.

LAUTMANN.

116) **Lorenzo Lockard. Amputation der Epiglottis bei Tuberculose. (Amputation of the epiglottis in laryngeal tuberculosis.)** *Denver Medical Journal October 1910.*

Verf. empfiehlt die Operation in geeigneten Fällen.

EMIL MAYER.



117) **Derscheid. Bronchitis und Tracheobronchialadenopathie bei Grippe. (Bronchite et adénopathie trachéobronchique grippales.)** *La Policlinique. No. 12. 1910.*

Fall von einem 10jährigen Kinde, bei welchem die Grippe die Bronchien ergriffen und sich in den Mediastinalbronchialdrüsen localisirt hatte, deren Hypertrophie eine Compression der Nachbarorgane bewirkte, die sich hauptsächlich von Seite des Pneumogastricus, Recurrens und Phrenicus (keuchhustenartiger spasmodischer Husten, Spasmus glottitis und intensive Dyspnoe mit Singultus) bemerklich machte.

BAYER.

118) **Derscheid. Ueber die tuberculöse Tracheobronchialadenopathie. (De l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse.)** *La Policlinique. No. 13 u. 14. 1910.*

Besprechung dieser Affection im Anschluss an die in No. 12 mitgetheilten diesbezüglichen Fälle, über welche oben referirt wurde.

BAYER.

119) **Charles Leroux. Tracheobronchiale Drüsenerkrankungen in ihrer Beziehung zu chronischer Lungentuberculose bei Kindern. (Tracheo-bronchial adenopathies in their relation to chronic pulmonary tuberculosis in children.)** *N. Y. Medical Record. 1. Mai 1909.*

Verf. weist nach, dass vergrösserte Bronchialdrüsen bei Säuglingen und kleinen Kindern häufig sind, während bei Kindern von 12—15 Jahren Tuberculose der Lungenspitze das häufigere ist. Für die Diagnose der Bronchialdrüsen ist die Radioskopie von grossem Werth; die physikalischen Zeichen bestehen in rauhem Athmen über der Spitze, ohne verstärkten Stimmfremitus oder Bronchophonie; sobald letzteres constatirt werden kann, ist wahrscheinlich die Lungenspitze erkrankt. Die beste Therapie bei Erkrankung der Drüsen ohne gleichzeitiges Befallensein der Lungen besteht in längerem Seeaufenthalt.

EMIL MAYER.

120) **M. Grossmann** (Wien). **Der Lungenbefund bei der Anaphylaxie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42. 1910.*

Experimentelle Untersuchungen der Contractilität der Bronchialmusculatur mit entsprechenden Schlussfolgerungen. Im Original nachzulesen, für ein kurzes Referat nicht geeignet.

HANSZEL.

f. Schilddrüse.

121) **John R. Wathen. Die Diagnose und Behandlung des Kropfes. (The diagnosis and treatment of goitre.)** *American Practitioner and News. Mai 1910.*

Verfasser betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose, besonders beim Morbus Basedow und räth zur frühen Operation, damit die später auftretenden destructiven Veränderungen vermieden werden, die man bei vernachlässigten oder medicamentös behandelten Fällen sieht. Verf. hält die Kropfoperation für das dankbarste Gebiet der Chirurgie.

EMIL MAYER.

122) **Meroz-Tiedemann** (Genève). **Die Schilddrüse bei den Neugeborenen und speciell in Genf.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 6 u. 7. Genf 1910.*

Sehr fleissige histologische Arbeit auf Grund von 35 Fällen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei todt wie bei lebendig geborenen Neugeborenen zeigt die Schilddrüse fast regelmässig typische Veränderungen in ihren Geweben. Die Follikel sind geschwunden und das Colloid fehlt.

2. Die Veränderungen beruhen nicht auf einer Entwicklungshemmung, sondern sind physiologischen Ursprungs.

3. Ob letzteres chemischer oder mechanischer Natur sei, ist noch nicht ausgemacht.

4. Bei gewissen Kindern findet man Schilddrüsen, bei denen das Colloid nur im interfolliculären Gewebe auftritt.

5. In Genf überschreitet das Gewicht der Schilddrüse Neugeborener häufig das mittlere Maass und es kommt sogar congenitale Hyperplasie vor.

Ref. möchte hierzu an eine vor etwa 12 Jahren erschienene Arbeit von Léon Gautier erinnern, nach welcher die alte Genfer Aristokratie eine fast ausnahmslose maximale Idiosynkrasie gegenüber dem Jod offenbart.

JONQUIÈRE.

123) **Weinland** (Weissenau). **Ueber Häufigkeit und Wachsthum der Kröpfe bei den weiblichen Pfleglingen der Kgl. Heilanstalt Weissenau.** *Med. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. 52. 1910.*

In der Heilanstalt Weissenau zeigte sich ein ganz enormes Anwachsen gerade der grossen und grössten Kröpfe von 2,8 pCt. auf 20 pCt. und dies trotz der häufig angewandten medicamentösen Behandlung.

SEIFERT.

124) **Kausch** (Schöneberg). **Beiderseitige Resection oder einseitige Exstirpation des Kropfes.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 93. 1910.*

Empfehlung des von v. Mikulicz geübten Verfahrens der Keilresection aus beiden Kropfhälften.

SEIFERT.

125) **Collet** (Lyon). **Eitrige Thyreoiditis im Verlauf eines Keuchhustens bei einem 18 Monate alten Kinde. (Thyroidite suppurée au cours d'une coqueluche chez un enfant de 18 mois.)** *Lyon Médical. No. 41. October 1910.*

Nach einer tiefen Incision trat Heilung ein.

GONTIER de la ROCHE.

126) **Berard** (Lyon). **Krebs der Schilddrüse. (Cancer du corps thyroide.)** *Lyon Médical. No. 39. September 1910.*

Sehr schnell sich entwickelnder Tumor, Recidiv mit Generalisation in der Lunge drei Monate später. Tracheotomie brachte nur eine sehr vorübergehende Erleichterung. Verf. meint, dass auf die Tracheotomie wegen Erstickungsgefahr bei Schilddrüsenkrebs fast stets, wie auch in diesem Fall, der Tod innerhalb acht Tagen folgt.

GONTIER de la ROCHE.

g. Oesophagus.

127) **Ch. Schomburg. Ueber narbige Oesophagusstricturen und ihre Behandlung.** *Dissert. Halle 1909.*

Fall 1. In Folge Trinkens von Schwefelsäure Oesophagusstrictur direct unterhalb des Ringknorpels und am Hiatus oesophageus bei 27jährigem Mann. Anlegen einer Magenfistel und dann Anwenden der Hacker'schen Methode des Sondirens ohne Ende. Exitus und Obduction: Oesophagitis phlegmonosa, Abscess in der linken Insula Reilii, Bronchitis, Pleuritis links.

Fall 2. Bei einem 14jähr. Knaben Aetzstrictur (Salzsäure) des Oesophagus in 27 cm Tiefe. Auch hier Anlegen einer Magenfistel und dann Bougiren nach Hacker's Angaben. Bedeutende Besserung.

OPPIKOFER.

128) **J. H. Williams. Röntgenstrahlenuntersuchung einer Patientin mit Oesophagusstrictur. (Xray examination of a patient with stricture of the esophagus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. Mai 1910.*

31jährige Frau. Es wurden, nachdem Bismuth. subcarbonic. in einer Lösung von Gummi arabicum gegeben war, Durchleuchtungen auf dem Fluorescenzschirm und Röntgenaufnahmen gemacht, wobei sich ergab, dass die Untersuchung auf dem Fluorescenzschirm ein befriedigendes Resultat ergab.

EMIL MAYER.

129) **Noever. Compression des Oesophagus durch Lymphdrüsenmassen des Mediastinums. (Compression de l'oesophage par des masses ganglionnaires du médiastin.)** *La Presse Méd. Belge. No. 3. 1910.*

64jähr. Mann, seit 15 Jahren mit einer chronischen Bronchitis behaftet, hat seit 4 Monaten Schluckbeschwerden, welche stationär bleiben; Unmöglichkeit, die Sonde einzuführen wegen heftiger Hustenanfälle dabei; die Radioskopie lässt die beiden Lungenspitzen vollständig dunkel erscheinen und rein ausgesprochene Adenopathie erkennen, welche 8 bis 9 cm unterhalb des Manubriums eine Oesophagusverengerung hervorruft; also: alte Tuberculose mit Drüseninfiltration den Oesophagus verengernd.

BAYER.

130) **Brünings** (Jena). **Ein einfaches diagnostisches Hülfsmittel bei Speiseröhrenkrebs.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1910.*

Br. empfiehlt eine an eine flexible Metallsonde anschraubbare, mit je zwei grossen scharfrandigen Fenstern versehene Metallolive, die statt der bisherigen Elfenbeinolive zur Diagnosenstellung Verwendung findet. Bei 43 untersuchten Oesophaguscarcinomen lieferte diese Methode in 93 pCt. ein positives Ergebniss. Da die seitlichen Sondenfenster in gutartigen Stenosen, sowie in den physiologischen Engen der Speiseröhre nichts zu fassen vermögen und bei richtiger Anwendung auch keine Schleimhautverletzungen setzen, so ermöglichen sie allein hierdurch schon eine Unterscheidung gutartiger und bösartiger Verengerung; ausserdem gewähren sie durch die Herausbeförderung kleiner Tumorpartikeln auch die Möglichkeit einer makroskopischen und mikroskopischen Diagnose des Tumors und erparen dadurch in vielen Fällen dem Patienten die weit unangenehmere Oesophagoskopie.

Diese „Fenstersonde" besteht aus einem Satz von vier verschieden grossen Metalloliven und ist bei Fischer, Freiburg i. Br., zu beziehen. Die Technik ist eingehend geschildert.

HECHT.

131) **G. Hicguet. Vorstellung eines Oesophaguskrebses; ösophagoskopische Untersuchung des Kranken. (Présentation d'un cancer de l'oesophage; examen oesophagoscopique du malade.)** *La Policlinique. No. 1. 1910.*

Hühnerknochen bei einer 61jähr. Frau eingekeilt im Oesophagus, 20 cm von der vorderen Zahnreihe entfernt, wurde von H. ösophagoskopisch nachgewiesen und mit der Zange entfernt.

BAYER.

132) **Hennebert** (Brüssel). **Die Oesophagoskopie. (L'oesophagoscopie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 45. 1910.*

Im Cercle Médical von Brüssel am 7. Oct. 1910 macht H. eine Mittheilung über die Oesophagoskopie. Zuerst behandelt er den geschichtlichen Theil des Gegenstandes, um dann auf die Demonstration des Brünings'schen Apparates überzugehen; sodann Auseinandersetzung der Technik der Oesophagoskopie und Erwähnung der Resultate, welche diese Methode vom physiologischen, diagnostischen und therapeutischen Standpunkt aus geliefert hat.

BAYER.

133) **Chevalier Jackson. Oesophagoskopische Entfernung offener Sicherheitsnadeln mittels einer neuen Methode. (Esophagoscopic removal of open safety pins by a new method.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Bericht von zwei Fällen, betreffend Kinder von 11 resp. 14 Monaten, bei denen offene Sicherheitsnadeln in den Magen gestossen, dort umgedreht und durch die Tube entfernt wurden.

Verf. gebraucht zur Entfernung von Fremdkörpern bei kleinen Kindern kein Anästheticum, besonders nicht bei Fremdkörpern der Speiseröhre, weil bei diesen die Gefahr der Dyspnoe nahe liegt, theils in Folge Druck auf die Trachea, theils in Folge Druck auf die Vagi. Cocain und Adrenalin sind bei Kindern gefährlicher als Chloroform; Aether ist bei Fremdkörpern der Speiseröhre sicherer als die anderen Mittel.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **M. Saenger** (Magdeburg). **Ueber Asthma und seine Behandlung.** Verlag von S. Karger, Berlin 1910.

Die Athemnoth des Asthmaanfalls ist zurückzuführen auf die acute Lungenvergrösserung, die die Ventilation beschränkt, auf den Katarrh der Bronchiolen und die Schnelligkeit, mit der diese Athemhindernisse zu Stande kommen. Die wichtigste Ursache der acuten Lungenerweiterung ist die abnorme Enge der feineren Bronchien, die vielleicht eine nervös-hyperämische Verschwellung darstellt; der Katarrh ist ebenfalls functioneller Natur.

Die Gelegenheitsursachen sind einmal körperliche und solche, die eine den normalen Ablauf der Athmung störende unangenehme Empfindung oder eine ma-

terielle Behinderung der Athmung hervorrufen (vorasthmatische Athmungsstörung) und dann seelische, die zunächst durch einen störenden Einfluss auf die Herzthätigkeit Kurzathmigkeit erzeugen. Alle diese Ursachen können nur durch eine von ihnen ausgehende seelische Wirkung Asthma erzeugen, indem die vorasthmatischen Athmungsstörungen die Aufmerksamkeit in krankhafter Weise auf den als bedenklich erscheinenden Zustand der Athmungsorgane lenken und zu einer plötzlichen ausserordentlichen Beschleunigung und Verstärkung der Respiration führen, die Bronchiolenverengerung, Lungenblähung u. s. w. im Gefolge hat.

Für sich allein können nervöse Zustände niemals das Zustandekommen einer Asthmadisposition bewirken; sie können höchstens die durch einen Bronchialkatarrh begründete Disposition steigern. Das gilt auch von anderen Erkrankungen, z. B. denen der Nase.

Neigung zur Kurzathmigkeit, Häufigkeit und Schwere der Anfälle stehen in keinem constanten Verhältniss zur Ausdehnung des Emphysems. Der hohe Grad der Athemnoth während des Anfalls ist nur z. Th. ein durch objective Umstände bedingter, z. Th. ein subjectiver (Autosuggestion). Die Behandlung muss sowohl die seelischen wie die körperlichen Vorgänge berücksichtigen, die einerseits die Entstehung des Asthmas bedingen und andererseits durch dieselbe hervorgerufen werden. Das von Verf. 1905 angegebene Heilverfahren wirkt psychisch in der Hauptsache durch eine mittelst besonderer Athemübungen in der anfallfreien Zeit zu erlangende Gewöhnung an verhältnissmässig hochgradige Störungen der Athmung und körperlich im Wesentlichen durch eine bestimmte Regelung der Athemthätigkeit während der Anfälle, wodurch die Ausathmung erleichtert und die Lungenblähung bekämpft werden kann.

Die jetzt allgemein übliche Art der Abhärtung ist zu verwerfen; andererseits darf der Patient natürlich nicht verweichlicht werden.

Im Anhang beschreibt S. einen „Lungenventilator“, der den Patienten die vorgeschriebene Athemgymnastik ermöglicht.

Gegen einen etwa auftretenden Erkältungskatarrh der Luftwege empfiehlt er seinen Arzneiverdampfungsapparat. A. Rosenberg.

---

b) Laryngological Section of Royal Society of Medicine. London.

Sitzung von 4. März 1910.

Tilley: 1. 48jähriger Mann, bei dem ein schnell wachsendes weiches Fibrom an der Hinterwand des linken Antrum mittelst Operation nach Rouge entfernt worden war. Vor 6 Monaten war heftiges Nasenbluten aufgetreten. Die Operation wurde nach voraufgehender Laryngotomie und Tamponade des unteren Pharynx folgendermaassen gemacht: Incision in der rechten Fossa canina bis zum linken Processus molaris, Ablösung des Septum von seiner unteren Anheftestelle, Nachobenklappen der Weichtheile, Abmeisselung der linken Fossa canina und des aufsteigenden Oberkieferfortsatzes. Entfernung der Geschwulst, Zurückklappen der Weichtheile und Naht.

2. Chronische Stirnhöhleneiterung mit Fistelbildung nach aussen; Heilung durch Abtragung der mittleren Muschel und Ausspülungen.



Patientin war zu schwächlich, als dass eine ausgedehntere Operation hätte vorgenommen werden können.

Hastings: Fall von „blutendem Polypen" der unteren Muschel. 42jähriger Mann; das Bluten war unaufhörlich. Der Tumor erwies sich als weiches Angiofibrom, welches charakteristische Endothelzellen enthielt, die in eine zarte Matrix eingebettet waren.

Pegler constatirt, dass der mikroskopische Befund den Tumor von einer einfachen Muschelhypertrophie unterscheidet. Er glaubt, dass der vorgestellte Fall der erste derartige dort zu Lande berichtete sei.

E. A. Peters: Larynx, vier Trachealringe, Schilddrüse und ein Theil des Schlundes während eines Suicidaktes entfernt.

Thäter, ein starker Trinker, brachte sich einen tiefen Transversalschnitt bei bis zur Wirbelsäule und mehrere Verticalschnitte; einer der letzteren traf den Larynx gerade in der Mittellinie. Der Mann fasste den Larynx und die umgebenden — hier demonstrirten — Theile, riss sie aus und warf sie in einen Garten. Er ging noch 200 Yards und fiel dann um. Er lebte noch 5 Stunden und starb an Blutung in die Lungen.

Nourse: Eiterung der linken Stirnhöhle mit Diplopie und Dislocation des Bulbus. Operation. Heilung.

D. Paterson: Abguss des Oberkiefers bei congenitaler Atresie der rechten Choane.

Der Abguss zeigt, dass die rechte Gesichtshälfte verengert und der Gaumenbogen auf dieser Seite höher ist. Das Verhalten der anderen Seite ist normal.

Hill: Fall von Oesophaguskrebs nebst Demonstration des Radiumapparates und seiner Einbringung in den Schlund mittelst einer besonderen vom Redner angegebenen Röhre.

Patterson demonstrirt einen Abguss der Nase einer 23jährigen Frau mit Atresie des rechten vorderen Nasenloches durch eine Membran, die sich vom Nasenflügel zum Septum ausspannt.

H. J. Davis: Fall von doppelseitiger Abductorlähmung bei wahrscheinlicher Speiseröhrengeschwulst. Pat. war 76 Jahre alt.

Sitzung vom 31. April 1910.

Tilley: 1. Geheilte Kehlkopftuberculose. Das Resultat wurde erzielt durch galvanokaustischen Tiefenstich.

2. Ein Stück aus dem rechten Bronchus entfernten Knochens. Der Knochen hatte 10 Tage lang im Bronchus gesteckt. Symptome waren: constanter Husten, einseitige Bronchitis, Temperatursteigerung. Die Entfernung des Fremdkörpers geschah in Narkose. Es handelte sich um eine Frau.

Cathcart: 12jähriges Mädchen mit enormer Schwellung der Epiglottis. Die Glottis war nicht zu sehen. Vor 4 Jahren hatte Pat. Diphtherie gehabt. Es war Cervicaladenitis vorhanden.

Dundas Grant hält die Affection für tuberculös und räth, die Pirquet-sche Probe zu machen.

Pegler stellt 2 Fälle von äusserster Verbiegung der Cartilago triangularis vor, behandelt mittelst Spaltung des Septums und Einführung dicker Gummieinlagen, die eine Woche in situ belassen wurden.

Dundas Grant: 1. Fall von Missbildung des weichen Gaumens und der Uvula bei einem 16jähr. Mädchen. Es besteht eine Perforation an der Basis der Uvula, die aber nicht auf Syphilis beruht.

2. Abtragung der vorderen Lippe des Hiatus seminularis. Diese war in Folge chronischer Siebbein- und Stirnhöhleneiterung hyperplasirt. Es waren beide mittleren Muscheln resecirt worden, ohne dass Besserung eintrat, ehe die eben erwähnte Operation vorgenommen wurde.

Hill: Fall von Sarcom der rechten Tonsille. 28jährige Frau. Die Affection besteht seit einem Jahre.

Sitzung vom 6. Mai 1910.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Tilley demonstrirt einen 14jährigen Patienten, bei dem ein Fremdkörper (Pennystück) im Oesophagus gesessen hatte. Extraction in Chloroformnarkose. Die Schleimhaut um den Fremdkörper war ulcerirt und es war schwierig, den Rand der Münze zu fassen. Die Entfernung gelang mittels einer langen gezähnten Killian'schen Zange.

H. J. Davis: Exstirpation der ganzen Zunge bei einem 45 jährigen Mann. Ein maligner Tumor nahm die ganze Zungenbasis von einer Seite zur anderen ein. Es wurde die ganze Zunge entfernt. Der Kiefer wurde in der Mittellinie gespalten. Patient konnte gut sprechen, doch wurde „f" wie „th" gesprochen.

Es wird die Frage aufgeworfen, ob durch eine Gummiprothese die Sprache und die Art der Nahrungsaufnahme verbessert werden könnte.

Dundas Grant räth, den Fall speciell vom phonetischen Standpunkt aus zu studiren. Er war überrascht, dass ein Patient ohne Zunge so gut das harte „th" aussprechen kann und unfähig ist, das „f" auszusprechen.

Mc. Evans ist mit den Obturatoren nicht zufrieden gewesen, er räth, den Patienten so zu lassen, wie er ist.

Mackenzie sagt, dass es rathsam erscheinen könnte, Paraffininjectionen zu versuchen, wenn nicht zu viel Narbencontraction auf dem Mundboden vorhanden ist.

H. J. Davis: Fall zur Diagnose.

25jähriger Mann, bei dem ein enormer gefässreicher Tumor vorhanden ist, der die linke Tonsille und Pharynxwand einnimmt. Es bestand ferner eine grosse Gefässschwellung aussen am Halse, die mit dem Pharynxtumor in Verbindung stand. Wenn der Patient den Kopf senkte, so vergrösserten sich die Tumoren fast

um das Doppelte. D. hält den Fall für ein venöses Angiom. Wenn Patient bei Nacht liegt, so ist er sehr behindert.

Dundas Grant räth zur Anwendung der Radiumtherapie, die er bei kleineren Gefässtumoren für erfolgreich gefunden hat; er hält den Fall für inoperabel.

H. J. Davis: 45jähriger Mann mit Kehlkopfkrebs. Patient trägt eine Tracheotomiecanüle. Es trat vor kurzem eine starke arterielle Blutung aus den Fungositäten der Epiglottis auf; man hatte ihrer nur mit grossen Schwierigkeiten Herr werden können.

Peters: Epitheliom des rechten Stimmbandes.

79jähriger Mann. Es bestand Oedem des gegenüberliegenden Aryknorpels. Directe Untersuchung zeigte jedoch, dass die Rückseite des Ringknorpels frei war. Die Lungen waren emphysematös. P. hält eine Operation nicht für rathsam.

Mc. Evans hält für die einzig in Betracht kommende Operation die Totalexstirpation. Er ist aber in diesem Fall dagegen.

Tweedie: Abguss des Ober- und Unterkiefers bei einem 19jährigen Mann.

Der Alveolarbogen zeigte auf der rechten Seite eine weniger ausgesprochene Auswärtsbiegung als auf der linken Seite; der harte Gaumen war auf der rechten Seite enger und höher als links. Das Septum war nach links verbogen. T. erörtert die Frage, ob die Gaumenasymmetrie in causalem Zusammenhang mit der Septumdeviation stand. Patient war kein Mundathmer.

Barwell glaubt, dass Asymmetrien des Gaumens auch bei völlig normalen Personen vorkommen. Er fragt, warum der Gaumen in diesem Fall auf der weniger obstruirten Seite weiter sein soll.

Paterson hat einen Fall von congenitaler Choanalatresie gezeigt, bei dem der Gaumen auf der verlegten Seite höher war, was man auch erwarten musste.

St. Clair Thomson: Zwei Fälle von radicaler Stirnhöhlenoperation.

Beide Fälle 9 resp. 16 Monate nach der Operation völlig geheilt. Der Erfolg hängt viel davon ab, dass die Siebbeinzellen gründlich ausgeräumt werden.

Watson Williams und Dundas Grant und A. Evans demonstriren Fälle von maligner Kehlkopferkrankung.

Dundas Grant: Dysphagie bei einer 35jährigen Frau.

Patientin hat Phthise, aber es ist im Rachen und Kehlkopf nichts Krankhaftes zu finden.

H. J. Davis.

---

c) Société française de Laryngologie.

Paris, 9. bis 12. Mai 1910.

Raoult (Nancy): Acuter Kropf oder acute Strumitis mit Suffocation.

Bericht über zwei Fälle von Struma mit Suffocation, die ganz plötzlich auftrat und innerhalb von 2 Stunden zu völliger Asphyxie führte. Die beiden Pat.

hatten seit lange einen kleinen Kropf, der bis dahin zu keinen Erscheinungen Anlass gegeben hatte. Nach einer Grippe mit Localisation im Pharynx bildete sich eine enorme Schwellung der Schilddrüse. In dem einen Fall starb der Kranke, bevor die Tracheotomie hatte gemacht werden können; im zweiten Fall konnte die Strumectomie gemacht werden, jedoch ging der Patient am nächsten Tage unter den Erscheinungen der Bronchopneumonie zu Grunde.

Luc (Paris): Behandlung der Eiterungen der Highmorshöhle.

Verf. kritisirt die Methoden, die in den letzten Jahren zur Behandlung der Oberkieferempyeme vorgeschlagen sind und die darauf hinzielen, das Verfahren zu vereinfachen und die Caldwell-Luc'sche Radicaloperation zu vermeiden.

Labarrière (Amiens): Vorstellung einer wegen beiderseitiger Stirnhöhlen-Oberkieferhöhleneiterung operirten Kranken.

Jacques (Nancy): Die postoperative acute Meningitis bei Fronto-ethmoidalsinusitis.

Es handelt sich um zwei Männer, die wegen unerträglicher Schmerzen an Fronto-ethmoidalsinusitis operirt wurden und innerhalb 48 Stunden an acutester generalisirter Leptomeningitis starben. Die Autopsie zeigte ein Ergriffensein der Supraarachnoidalräum durch pathogene Keime (Streptokokken und Pneumokokken). Verf. schiebt diese Complication auf die Resorption von infectiösen Keimen auf dem Lymphwege. Er räth, wenn man in einem schmerzhaften Anfall operiren muss, sich auf eine einfache Trepanation der Stirnhöhle in Höhe des Höhlenbodens zu beschränken, mit nachfolgender Drainage nach aussen.

Luc bestätigt das von Jacques Gesagte; seit mehreren Jahren hat er das Verfahren aufgegeben, dem er einst seinen Namen gab.

Moure befürwortet die Luc'sche Methode.

Vacher räth, den Canalis nasofrontalis zu eröffnen und Spülungen mittels einer weichen Sonde zu machen.

Massier (Nizza): Rhinitis caseosa und Rhinosinusitis caseosa.

Verf. trennt die beiden Affectionen, die nach Verlauf und Ursache verschieden sind und räth für jede von ihnen eine geeignete Therapie an.

Moure (Bordeaux): Ueber einen Fall von umfangreichem Enchondrom des Kehlkopfs, das der Hinterfläche des Ringknorpel-aufsitzt und in den Sinus piriformis vorspringt, den er erheblich vergrössert und dilatirt.

Verf. giebt zunächst einen Rückblick auf die Geschichte dieser Geschwülste, er bespricht dann die therapeutischen Indicationen, je nachdem der Tumor im Innern des Kehlkopfcavum entspringt oder von der Aussenfläche des Kehlkopfs ausgeht und die Nachbartheile ergreift. Der Fall Moure's gehört zu der letzteren Kategorie.

Lavrand (Lille): Pathogenie und Behandlung der Schleimpolypen der Nase.

Die Schleimpolypen der Nasenhöhle entstehen im mittleren Nasengang aus

dem von einer sehr langsam verlaufenden nekrotisirenden Ostitis befallenen Siebbein; sie sind entzündliche Producte analog den Ohrpolypen bei eitriger Mittelohrentzündung. Auf die Entfernung muss eine Curettage der nekrotischen Partien folgen, wenn man Recidive vermeiden will.

Bouragnet (Toulouse): Ueber einen Fall von Kehlkopfpapillomen beim Kinde.

In einem seiner Fälle traten 4mal nach der Entfernung der Papillome Recidive auf. Schliesslich hat B. die Tracheotomie wegen bestehender Dyspnoe machen müssen; die Papillome recidiviren weiter.

Sargnon räth, einige Zeit zu warten, bis die Tracheotomie ihre Wirkung gethan hat. Von den beiden in Betracht kommenden Methoden — Laryngofissur oder Laryngostomie — sei hier die letztere am Platz.

Sargnon (Lyon): Beitrag zur Laryngostomie.

Verf. giebt einen Ueberblick über die im Jahre 1909 erschienenen Arbeiten über die chirurgische Behandlung der laryngotrachealen Stenosen mit besonderer Berücksichtigung der Laryngostomie. Er hat persönlich 18 Fälle operirt. Die Laryngostomie ist indicirt 1. in gewissen Fällen von umgrenzten Neubildungen, die mittels partieller Laryngectomie operirt sind; 2. bei hartnäckigen functionellen und narbigen Stenosen; 3. bei hartnäckig recidivirenden Papillomen und hartnäckigen eitrigen Perichondritiden.

Constantin (Marseille): Resultate der Behandlung des peritonsillären Abscesses durch Dilatation der Fossa supratonsillaris nach dem Vorgehen von Killian.

Sieur und Rouvillois (Paris): Desinfection des Nasenrachens.

Beschreibung des von ihnen angegebenen Apparates, mittels dessen medicamentöse Dämpfe erzeugt und eine Desinfection des Cavum erzielt werden kann.

Jacques (Nancy): Ueber die fibrösen Nasenrachenpolypen.

Auf Grund zweier weiterer von ihm operirter Fälle wird die von J. in seinen früheren Arbeiten ausgesprochene Ansicht vom endonasalen Ursprung der juvenilen fibrösen Nasenrachenpolypen bestätigt. Er betont, wie wichtig es ist, zwischen dem eigentlichen Stiel zu unterscheiden, der stets in der Regio ethmoidosphenoidalis des Nasendachs inserirt, und den secundären accidentellen Adhärenzen, die in Folge des von dem Tumor auf die Nachbartheile ausgeübten Druckes entstehen, besonders am Vomer. J. verwirft den buccalen Weg der Operation, dagegen führt der nasale Weg von vorn her mit Erweiterung des Orificium piriforme direct auf den Stiel und sichert die totale Exstirpation mit einem Minimum von Blutung.

Ponthière (Charleroi): Ein aussergewöhnlicher Fall von Geschwulstbildung mit Ursprung in den Nasenhöhlen und Oberkieferhöhlen.

Moure (Bordeaux): Klinische Betrachtungen über die Pharyngotomia transhyoidea.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Spätresultate dieser Operation, die darauf beruht, dass man sich zur Epiglottis resp. Zungenbasis dadurch Zugang verschafft, dass man das Zungenbein in der Mitte durchtrennt. Die Operation hat den Nachtheil, dass sie bisweilen zu einer Glottisstenose führt, indem der Larynx im antero-posterioren Durchmesser verlängert wird. Die Glottisspalte nimmt dann eine sehr verlängerte elliptische Form an, die Stimmbänder werden in der Mittellinie immobilisirt, weil die Cricoarytänoidgelenke nicht normal functioniren können.

In einem der mitgetheilten Fälle musste nach 18 Monaten die Tracheotomie wegen drohender Asphyxie gemacht werden; bei einem zweiten Fall besteht die Befürchtung, dass er ebenso verlaufen wird.

Mignon (Nizza): Nasenpapillom.

Diese Tumoren sind selten und werden oft mit hypertrophischen Zuständen in der Nase verwechselt. Der von M. vorgestellte Fall ist typisch; es liegt ein genauer histologischer Befund vor.

Siems (Paris): Erziehung zur Nasenatmung beim Kinde nach Entfernung der adenoiden Vegetationen.

Verf. empfiehlt die Anwendung einer Kautschukkappe, die nur die Nasenathmung gestattet. Man gewöhnt die Kinder daran, sie zu tragen und lässt sie einige Uebungskurse durchmachen.

Chavanne (Lyon): Die Localanästhesie der Schleimhaut mittels einer Lösung von Chinin. hydrochlor. und Harnstoff.

Verf. hat das kürzlich von Hertzler empfohlene Verfahren geprüft; er findet für die Rhinologie 25proc. und 50proc. Lösungen unzureichend. Dagegen hat er eine kurze, aber ausreichende Anästhesie mit folgender Zusammensetzung erzielt: Phenol pur. 2,0; Menthol 2,00; Chin. hydrochlor. 1,5; Adrenalin pur. 0,005.

Guisez (Paris) und Philip (Bordeaux): Bericht über Indicationen und Resultate der Broncho-Oesophagoskopie.

Indicationen: Oesophaguskrebs; Redner unterscheiden die wuchernde, die sklerosirende und interstitielle Form; Narbenstenosen, spontane Stenosen (in Folge Oesophagitis oder einer Vernarbung eines runden Geschwürs).

Es werden ferner besprochen: Syphilis, Tuberculose, congenitale Verengerungen, Spasmen des Oesophagus, Divertikelbildung, Lähmungen, Fremdkörper.

Vom therapeutischen Standpunkt aus gestattet die Oesophagoskopie die Heilung der Narbenstenosen mittels allmählicher Dilatation oder mittels circulärer Elektrosyse und die Heilung der übrigen Oesophaguskrankeiten unter Leitung des Auges.

Es werden dann ebenso die Indicationen für die Anwendung der Tracheo-Bronchoskopie aufgestellt.

Als Contraindicationen gegen die Oesophagoskopie werden bezeichnet: Alter, Cardiopathien bei Tuberculösen, Ulcerationen im Oesophagus und Aortenaneurysmen, wenn sie schon vorher diagnostirt sind.

Bei den Contraindicationen gegen die Bronchoskopie wird unterschieden zwischen den allgemeinen und localen Ursachen:

1. Allgemeine Ursachen: Die Dyspnoe, welches auch ihre Ursache sein mag; grosse intrathoracale Aneurysmen, schecht compensirte Herzfehler, Arteriosklerose, mit einem Wort: alle Erkrankungen, bei denen man eine plötzliche Blutdrucksteigerung zu befürchten hat. Hierher gehört auch die Lungentuberculose und schwerer Basedow.

2. Locale Ursachen: Dieselben wie bei der Oesophagoskopie.

In gewissen Fällen kann die Rigidität der Wirbelsäule, sei es infolge seniler Ankylose, sei es infolge Spondylitis, eine genügende Neigung des Kopfes verhindern; das bronchoskopische Rohr stösst dann gegen die Aryknorpel und die Vorderfläche der Wirbelsäule, ohne dass es gelingt, in die Glottis vorzudringen; auch eine Larynxstenose kann das Einführen des Instruments hindern. In diesen Fällen ist die Tracheotomie gerechtfertigt.

Die untere Bronchoskopie ist angezeigt:

1. Wenn schon eine Trachealfistel vorhanden ist.
2. Wenn Kehlkopfdyspnoe besteht.
3. Bei grossen Fremdkörpern.

Die Bronchoskopie ist keine gefährliche Methodo, wenn man sich an die Regeln ihrer Technik hält.

Moure findet nicht, dass die Diagnose mittels der Oesophagoskopie stets leicht sei; in einem Falle blieb ein grosser Fremdkörper unentdeckt; in einem anderen Fall war die Oesophagoskopie nicht im Stande, den Fremdkörper zu zeigen und dieser wurde erst durch Röntgenstrahlen gefunden.

Sargnon (Lyon): Beitrag zur Broncho-Oesophagoskopie.

S. berichtet über eine Anzahl interessanter ösophagoskopischer resp. bronchoskopischer Fälle. Er kommt zu dem Schluss, dass die Methode, richtig gehandhabt, sehr grosse Dienste leisten kann. Sie schränkt die chirurgischen Indicationen erheblich ein, hebt sie aber nicht in allen Fällen auf. In diesen schwierigen Fällen ergänzen sich die directe Endoskopie und der Eingriff von aussen gegenseitig.

Castex (Paris): Gaumenplastiken.

C. schildert die Grundsätze, nach denen er bei verschiedenen Missbildungen des Gaumens operirt.

Koenig (Paris): Submucöse Septumresection. Neue Instrumente.

Kraus (Paris): Wiederstellung der Phonation nach Thyreodectomie mit Resection der ersten 5 Trachealringe.

Es handelt sich um eine 1890 und 1892 von Péan wegen eines Carcinoms der Schilddrüse, das auf Larynx und Trachea übergegangen war, operirte Kranke. Péan entfernte den Tumor, die innere Partie des Ringknorpels und die Knorpel der 5 ersten Trachealringe. Infolge dieser Operation war die Kranke stumm ge-

worden. Mittels Cauterisation und progressiver Dilatation etablirte Kraus wieder einen Kehlkopfcanal und deckte den Operationsdefect durch eine Prothese; dank dieser Prothese, die Patientin seit 16 Jahren trägt, kann sie sich durch eine vernehmliche Stimme verständlich machen.

Viollet (Paris): Die Drüsen der Nasenschleimhaut.

Histologische Studie nebst Literaturangaben und Demonstration nach der Natur gezeichneter Abbildungen.

Aboulker (Algier): 1. Beitrag zum Studium der Mucocele der Stirnhöhle.

Bericht über einen erfolgreich operirten Fall.

2. Beitrag zum Studium der congenitalen Choanalatresie.

Bericht über 4 Fälle, davon zwei beiderseitig, zwei einseitig. Alle wurden operativ geheilt. Trivas (Nevers).

---

d) II. russischer oto-rhino-laryngologischer Congress in Moskau

27. bis 30. December 1910.

Der Congress wurde eröffnet mit einer Rede des Vorsitzenden des Organisationsbüreaus, A. Iwanow, welcher seiner Freude darüber Ausdruck gab, dass in den Räumen der ältesten russischen Universität die Vertreter der Oto-Rhino-Laryngologie zur gemeinsamen Arbeit sich vereinigt haben.

Nachdem zahlreiche Glückwünsche von Seiten verschiedener gelehrter Körperschaften durch deren Vertreter resp. telegraphisch übergeben waren, wurde zum Ehrenpräses des Congresses Prof. Simanowski gewählt.

I. Sitzung am 27. December.

W. Okunew: Einige Erscheinungen von Seiten der Knochenleitung bei chronischen Katarrhen des Mittelohres.

Zytowitsch: Zur Physiologie der Eustachischen Tuben.

Wojatschek: Entwickelung der Lehre über die Hörprüfungen in den letzten 10 Jahren.

Lewin: Neurolysis acustica toxica boi Diphtherie.

II. Vereinigte Sitzung mit dem Verein der Kinderärzte, Nachmittags.

Vorsitzender: Jürgens.

Katzenellenbogen: Neuer Ecraseur für adenoide Wucherungen.

Die Vorzüge des Instruments sind folgende: a) Es bleiben keine Stücke hängen; b) abgeschnittene Theile bleiben immer in der Zange; c) durch Quetschung des Gewebes beim Abschneiden wird die Blutung reducirt; d) Nebenverletzungen werden vermieden.

Nikitin: Adenoide Wucherungen. Indicationen und Methoden zur Adenotomie, Zufälligkeiten und Complicationen bei deren Entfernung.

Das Referat wird gedruckt den Mitgliedern des Congresses vor der Sitzung zugestellt.

Gawrilow: Dass in jedem Falle Wucherungen der Entfernung anheimfallen sollen, sobald sie festgestellt sind, geht zu weit. Ebenso haben wir keine Gründe, in jedem Falle zu operiren, wenn Otosklerose in der Familie existirt. Auf Otosklerose hat die Entfernung der Adenoiden keinen Einfluss.

Burak verhält sich ablehnend gegen die Narkose.

Wojatschek erwähnt den Pharyngospasmus, der häufig bei der Einführung des Instrumentes eintritt.

Greidenberg hatte bei 1000 Adenotomien 3 mal Blutung; räth zur Tamponade.

Trofimow beobachtete bei 508 Fällen 12 mal Recidive, 6 mal Otitis media, 5 mal Angina follicularis, 3 mal Blutungen. In der Narkose zu operiren, hält er für schwierig und gefährlich.

De Lens operirt bei älteren Kindern immer in der Narkose, hat keine unangenehme Erfahrung gemacht.

Kuskow: Adenotomie beseitigt nicht immer alle krankhaften Erscheinungen; letztere sind mehr allgemeiner Natur.

Weiter betheiligen sich an der Discussion Zytowitsch, Lewin, Dodin, Cokolow, Sorypt, Preobrashenski, Sak und Polonski.

Vormittags-Sitzung am 28. December 1910.

Vorsitzender: Okunew.

Zytowitsch: Dreh- und calorische Function des Labyrinths.

Okunew: Einige Bemerkungen zur Resection des Thränencanals.

Demonstration eines neuen Instrumentes.

Trofimow und Lunin sprechen sich für, Polenski gegen die Operation aus.

Samoilenko: Ueber die Rolle von Mucin bei Schleimhauterkrankungen.

Auf mucinreichen Schleimhäuten wuchern verschiedene pathogene Mikroorganismen, aber sie verlieren ihre virulente Eigenschaft. Bei Veränderungen in den Schleimdrüsen wird ein verändertes Mucin ausgeschieden, das weniger entwickelungshemmend für Mikroorganismen ist.

Burak: Paraffinplastik bei Kindern.

An der Discussion betheiligen sich Trofimow und Fursow.

Jürgens: Absichtliche Verletzung des Gehörorgans, um dem Militärdienst zu entgehen.

Nachmittags-Sitzung am 28. December,
vereinigt mit dem Verein der Kinderärzte.
Vorsitzender: Trofimow.

Solowzow: Entzündung des Mittelohres bei Neugeborenen.
Spengler: Ohrenerkrankungen im frühen Kindesalter. Referat.

Vormittags-Sitzung am 29. December.
Vorsitzender: Wojatschek.

Wojatschek: Resultate von 100 Tracheo-Bronchoskopien, Oesophagoskopien und directen Larynxoperationen.

Von 2000 Kranken wurden 65 endoskopirt. Die directe Operation kann mit den Spiegeloperationen concurriren. Tracheoskopie wurde hauptsächlich bei Verengerungen infolge von Struma, Operationen zur Entfernung von Diaphragmen und Verengerungen bei Sklerom ausgeführt.

Der Erfolg war gut. Oesophagoskopisch wurden methodische Erweiterungen (1 Fall) und Fremdkörperextractionen (4 Fälle) vorgenommen. Der Autor hält mandrinlose Oesophagoskopie bei Erkrankung des oberen Theiles der Speiseröhre allein für gestattet.

Suruktschi: Material zur Oesophagoskopie.

Klinische Beobachtung mit Demonstration von Instrumenten.

Burak: Complicationen bei Oesophago-Bronchoskopie.

Literaturangaben und eigene Erfahrungen.

De Lens erwähnt, dass es auch Fälle giebt, in denen Endoskopie nicht zum Ziele führt. Er hat mehrere solcher Fälle beobachtet.

Iwanow und Dodin sprechen von ihren Erfahrungen.

Sasedatelew: Zur Frage der Behandlung von Sängerstimmen.

In der Behandlung von Sängern existirt keine Abweichung von allgemeinen Regeln, nur ist Vorsicht geboten bei energischen Mitteln, wie Galvanokaustik, Septumresection etc. Specifische Mittel für Sänger giebt es nicht.

Nachmittags-Sitzung am 29. December,
vereinigt mit dem Verein der Fabrikärzte.
Vorsitzender: Haller.

Jehender: Professionelle Erkrankungen der oberen Luftwege.

Vortragender spricht nur von allgemeinen hygienischen Maassregeln.

Preiss: Zur Erkrankung des Gehörorganes bei Baumwollenarbeitern.

Gryschkewitsch: Trockeninhalation.

Trockeninhalationen üben eine wohlthätige Wirkung aus bei verschiedenen katarrhalischen Affectionen skrophulöser Natur.

Wojatschek, Spengler, Swershewski sprechen für, Gawrilow gegen Trockeninhalationen.

Hering: Hygiene der Luftwege.

Der Vortrag bezieht sich auf allgemeine hygienische Vorschriften.

Dodin: Zur Behandlung peritonsillärer Abscesse.

Vortragender befürwortet die Methode von Killian.

Vormittags-Sitzung am 30. December,
vereint mit dem Congress der Taubstummenlehrer.

Vorsitzender: Bogdanow-Beresowski.

Iwanow: Ursachen der Taubstummheit.

Dubinski: Zur Anatomie und Histologie der Taubstummheit.

Riau: Vom Unterricht der Taubstummen.

Bogdanow-Beresowski: Ueber blinde Taubstumme.

Der nächste Congress wird in Kiew stattfinden.

Zur Zeit des Congresses fand eine Ausstellung von Instrumenten und Präparaten statt.

Nach A. Bramson: P. Hellat.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. Rhese in Königsberg hat sich daselbst für Rhino-Laryngologie habilitirt.

Prof. Dr. Carl von Eicken (Giessen) hat einen an ihn ergangenen Ruf, der Nachfolger Denker's in Erlangen zu werden, abgelehnt, nachdem die bayrische Regierung sich gegenüber seinem Wunsche nach einem Neubau der Klinik ablehnend gezeigt hat. Für den Neubau der Giessener Klinik soll dem Vernehmen nach die erforderliche Summe in den Etat für 1912 sicher eingestellt werden.

In Paris starb Dr. Alfred Martin. Er war der Mitarbeiter Lubet-Barbon's, mit dem er in Gemeinschaft mit Calmette die Klinik „Grands Augustins“ gegründet hatte. Er hat mit dazu beigetragen, den Begriff der wahren Ozaena gegenüber verwandten Zuständen in der Nase festzustellen und hat sich auch um die Einführung des Gottstein'schen Messers und die Bromäthylnarkose bei der Operation der adenoiden Vegetationen in Frankreich verdient gemacht.

Eine „oto-rhino-laryngologische Föderation“.

Dr. Delsaux hat der Société française d'oto-rhino-laryngologie den vorläufigen Entwurf für die Gründung einer „Féderation oto-rhino-laryngologique“ unterbreitet,

die sämmtliche Specialisten der ganzen Welt umfassen soll. Er beabsichtigt, diesen Entwurf den Specialgesellschaften der einzelnen Länder vorzulegen, ihn vor das Forum des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses zu Berlin und des 1912 in Boston stattfindenden Internationalen Otologen-Congresses zu bringen. Der Plan scheint am letzten Ende darauf hinauszugehen, für das Jahr 1915 die Vereinigung von Laryngologie und Otologie auf einem gemeinsamen Congress anzustreben.

Was nun die näheren Zwecke der „Föderation" und die Art und Weise anbetrifft, wie Delsaux sich deren Organisation vorstellt, so folgen wir bei unserer Wiedergabe einem Auszug aus Delsaux's Denkschrift, der sich in einem Artikel Paul Raugé's in der Revue hebdomadaire de laryngologie (No. IV. 1911) findet. Die „Föderation" soll den Zweck haben: die Organisation der Congresse zu regeln; neue Bande zwischen den nationalen Gesellschaften und Comités zu schaffen, sowie die bereits bestehenden zu consolidiren; eine Lösung der wissenschaftlichen, moralischen und beruflichen Probleme in der Specialität herbeizuführen; den Unterricht in ihr zu fördern; die hygienischen, terminologischen, journalistischen und rechtlichen Fragen zu studiren; die Bibliographie zu controlliren und über den Codex der Standespflichten zu wachen.

Die „Föderation" soll nicht nur die nationalen Fachgesellschaften, sondern auch die lokalen Vereine und auch die nicht incorporirten Specialisten umfassen, soweit sie sich den Bundesstatuten unterwerfen. Die Geschäfte der „Föderation" sollen einem Executivcomité übertragen werden, das sich zusammensetzt aus den Delegirten der nationalen Gesellschaften — auf je 30 Mitglieder soll ein Delegirter kommen —, denen der anderen Verbände und einzelnen Persönlichkeiten, mit der Massgabe jedoch, dass die Zahl der letzteren den fünften Teil der Gesammtzahl aller Comitémitglieder nicht überschreitet. Aus dem Schoosse dieses Executivcomités soll ein permanenter Rat von neun Mitgliedern gewählt werden, bestehend aus einem Präsidenten, dem Vicepräsidenten, einem Generalsekretär, drei beigeordneten Sekretären und einem Schatzmeister. Dieser permanente Rat soll bei allen Commissionen beteiligt sein und diese so lange leiten, bis sie ihr specielles Bureau konstituirt haben. Alle drei Jahre soll eine Generalversammlung stattfinden und zwar an dem für die Abhaltung des Congresses bestimmten Orte.

Wir geben dem Verf. des Artikels in der Revue hebdomadaire, dem wir diese Daten entnehmen und der übrigens den Delsaux'schen Vorschlag im Princip gutheisst, unbedingt Recht, wenn er seine Bedenken betreffs der technischen Mängel der geplanten Organisation äussert, wenngleich wir das eine seiner Bedenken, dass nämlich das Comité bei dem vorgeschlagenen Modus der Zusammensetzung „ausschliesslich aus Deutschen bestehen würde", nicht für gerechtfertigt halten und in in dieser Bemerkung einen chauvinistischen Beigeschmack verspüren, der gerade bei der Erörterung einer internationalen wissenschaftlichen Angelegenheit nicht sehr sympathisch berührt. In der That jedoch wird man selbst bei Aufbietung grossen Scharfsinnes kaum einen complicirteren Apparat erfinden können, als ihn sich Delsaux für seine „Föderation" ausgedacht hat.

Was aber die Hauptsache ist: die geplante Föderation ist überflüssig und — wenigstens soweit sie die Vereinigung von Laryngologie und Otologie auf gemeinsamen Congressen anstrebt — aus Gründen, die an dieser Stelle schon oft genug erörtert sind, vom Uebel. Dem Wunsche derjenigen, die ein Interesse daran haben, die Congresse beider Specialfächer zu besuchen, wird der vom Internationalen Comité für die Laryngo-Rhinologen-Congresse in Budapest auf Moure's Antrag gefasste Beschluss gerecht, wonach in Zukunft dahin gestrebt werden soll, dass beide Congresse — unter Wahrung ihres selbstständigen Charakters — an demselben Orte und im zeitlichen Anschluss an einander abgehalten werden sollen. Die dänischen Collegen, die den IV. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress für das Jahr 1915 in die Hauptstadt ihres Landes einladen, haben sich jenen Budapester Beschluss bereits zur Richtschnur genommen, und es steht zu hoffen, dass durch die örtliche und zeitliche Zusammenlegung beider Congresse allen Wünschen und Bedürfnissen genüge geschehen wird.

Für die nothwendige Continuität in der Organisation der Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse ist durch das Vorhandensein des in Wien constituirten Internationalen Comités hinreichend gesorgt; ob und inwieweit dieses Comité in seiner Zusammensetzung und in seinen Befugnissen verbesserungsbedürftig ist, darüber Erörterungen anzustellen, wird sich auf dem diesjährigen Congress in Berlin Gelegenheit bieten. Zur Neugründung einer „oto-rhino-laryngologischen Föderation“ mit einem zum Theil so verschwommenen und uferlosen Programm und einer so complicirten Organisation, wie sie Delsaux plant, liegt unseres Erachtens kein Bedürfniss vor. Finder.

Die Complicationen der Broncho- und Oesophagoskopie.

Die Frage von den Complicationen der Broncho- und Oesophagoskopie hat bisher in der laryngologischen Literatur sehr wenig Raum gefunden; auch existirt noch keine systematische Bearbeitung dieser Frage.

Die Mittheilung persönlicher, noch nicht publicirter Erfahrungen über Complicationen und Unglücksfälle bei der Broncho- und Oesophagoskopie würde für den Gegenstand von grosser Bedeutung sein. Ich erlaube mir daher die sehr geehrten Herren Collegen um gefällige Mittheilung derartiger Erfahrungen hierdurch höflichst zu bitten.

Dr. S. Burack,
Privatklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Charcoff (Russland).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, April. 1911. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **J. A. Rivière. Cytolyse alto-fréquente et fulguration du cancer.** *Annales d'électrobiologie. Fasc. 9. 1908. Sonderabdruck.*

Der Autor erhebt Prioritätsansprüche auf die Blitzbehandlung der malignen Tumoren, die er seit 12 Jahren unter dem Namen Cytolyse alto-fréquente beschreibt. Er empfahl namentlich die Fulguration der Operationshöhle nach Entfernung der malignen Geschwulst.

LAUTMANN.

2) **Bordier** (Lyon). **Behandlung der Gesichtsepitheliome. (Traitement des épithéliomes de la face.)** *Lyon médical. No. 32. 7. August 1910.*

Verf. stellt 12 Fälle vor, die seit vier und fünf Jahren nach einer einzigen Anwendung von Röntgenstrahlen nach seiner Technik geheilt worden sind. Er behauptet, dass diese Technik die grösste Bedeutung für die Radiotherapie hat und dass die Differenzen in den Resultaten ausschliesslich auf den Methoden und auf der verschiedenen Regenerationskraft beruhen.

GONTIER de la ROCHE.

3) **Landete** (Madrid). **Fünf Fälle von Facialisneuralgie geheilt mittels Alkoholinjectionen. (Cinco casos de neuralgia facial curados con les inyecciones de alcohol.)** *Revista espanola de laringologia etc. Juli-August 1910.*

Mittheilung der Fälle.

A. J. TAPIA.

4) **A. J. Brislow** und **Benjamin White. Ein Fall von Rotz beim Menschen, behandelt mit einer autogenen Vaccine; Heilung. (A case of human glanders treated by an autogenous vaccine; with recovery.)** *N. Y. Medical Record. 5. Februar 1910.*

In dem Sanitätsbericht, den Verff. durchgesehen haben, sind von 1905 bis 1909 nur 17 Todesfälle infolge Rotz beim Menschen verzeichnet. Der Fall, über den Verff. berichten, war ein atypischer; die Diagnose konnte nur gestellt werden

durch den Ausfall der Laboratoriumsuntersuchung. Eine autogene Vaccine wurde angewandt und Heilung erzielt. Es wurden im Ganzen 15 Injectionen gemacht. Sie begannen mit 10 Millionen abgestorbener Bacillen und endeten mit 300 Millionen. Die Infectionsquelle war nicht nachzuweisen.

EMIL MAYER.

5) **Royce D. Fry. Krankhafte Veränderungen der Nase, des Halses und Ohres als ätiologische Factoren bei der Entartung. (Pathological conditions of the nose, throat and ear as etiologic factors in degenerency.)** *The Ohio State Medical Journal. 15. September 1910.*

Verf. setzt auseinander, dass Circulationsstörungen in der Nase und ihren Nebenhöhlen beim Kinde Veränderungen in den Stirnlappen des Gehirns zur Folge haben; es komme dies zu Stande durch die engen anatomischen Beziehungen auf dem Wege des Blut- und Lymphgefässsystems.

EMIL MAYER.

6) **A. C. H. Moll** (Velp, Holland). **Beitrag zur Klinik des Skleroms. (Bijdrage tot de kliniek van het skleroom.)** *Medisch Weekblad. 20. August 1910.*

Der Verf. referirt die Neumann'sche Arbeit in der Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. XLIV. H. 4.

H. BURGER.

7) **N. Wolkowitsch. Zur Statistik und Verbreitung des Skleroms (Rhinoskleroms) in Russland. (K statistike it rasprostranenij skleromy [rinoskleromy] w Rossii.)** *R. Wratsch. No. 42. 1910.*

W. hat 76 Skleromfälle selbst beobachtet, von 35 Fällen hat er Mittheilung durch Umfrage und 17 Fälle aus der russischen Literatur zusammengestellt. Das ganze Material von 128 Fällen vertheilt sich auf 19 Gouvernements. Auf das Wolynische Gouvernement entfallen 27 und auf das Kiewsche und Podolische je 23, während die übrigen mehr einzeln vertreten sind.

P. HELLAT.

8) **Carl Bohac** (Prag). **Zur Röntgentherapie des Skleroms.** *Mit 2 Abbildungen. Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1910.*

Nach kurzer Besprechung der chirurgischen und physikalischen Therapie des Skleroms — bei letzterer: Dilatationsmethoden, Röntgenstrahlen- und Radiumwirkung — berichtet B. über zwei Fälle von Rhinosklerom, die beide in relativ kurzer Zeit eine auffallende Besserung mit Rückbildung sämmtlicher pathologischer Erscheinungen auf Röntgenbestrahlungen zeigten. Der erste Fall zeigte neben pharyngealen und endonasalen Veränderungen einen grossen ulcerirten Tumor der äusseren Nase, der zweite endolaryngeale und endotracheale Veränderungen. Auch bei dem letzteren Falle wurde der Erfolg durch Bestrahlung von aussen durch die Haut erzielt.

HECHT.

9) **Barberá** (Valencia). **Lepra der Nase und des Kehlkopfs und seine Behandlung. (Lepra naso-laringea y su tratamiento.)** *Revista espanola de laringologia etc. September-October 1910.*

Sehr eingehende Behandlung des Gegenstandes.

A. J. TAPIA.



10) **G. Cohn. Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 341. 1910.*

Die Arbeit ist bereits referirt im Centralblatt f. Laryngologie. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Bd. 26. 1910. S. 538.

OPPIKOFER.

11) **A. v. Sokolowski. Drei Fälle von Lues des oberen Abschnittes der Athmungswege. (Trzy prypadki kiły górnego odcinka dróg oddechowych.)** *Pam. Twa Lek. Warz. T. CVI. L. IV. 1910.*

1. Lues maligna, Pharyngitis et Laryngitis luetica bei einem 22jährigen Manne mit ausgebreiteten Geschwüren des Pharynx und Larynx und mit Infiltraten der wahren und falschen Stimmbänder, sowie mit einem Tumor (Gumma) auf dem rechten Stimmbande. Aphonie. Dysphagie. Der allgemeine Zustand sehr schlecht; der Kranke wurde von der Infection an (April 1908) mittels Quecksilberinjectionen (56), Einreibungen (158), Jod und Decoct. Zittmanni ohne jeden Erfolg behandelt. Am 29. September 1910 wurde ihm 0,50 „606“ injicirt, nach 2 Wochen abermals. Am 20. November 1910 waren die Geschwüre vernarbt, das Gumma verschwand und es verblieben lediglich Stimmbandverdickungen, weshalb die Stimme heiser blieb. Der allgemeine Zustand verbesserte sich sehr bedeutend.

2. Lues maligna, Laryngitis et Periostitis luetica bei einem 23jährigen Manne. Starke Verdickungen der Stimmbänder, tiefe Geschwüre auf den Taschenbändern, Infiltrate auf der hinteren Wand, sehr schmerzhafte Verdickungen der linken Articulatio carporadialis und auf beiden Tibiae. Der Kranke wurde mit Quecksilberinjectionen (19) und Einreibungen (78), wie auch mit Kalium jodat. behandelt. Die Infection fand im November 1909 statt. Innerhalb einer Woche nach der Einspritzung von 0,50 „606“ verschwanden alle oben erwähnten Erscheinungen und die Geschwüre verheilten. Natürlich blieb der Defect des Septum nasi unverändert.

3. Lues, Periostitis nasi luetica bei einem 27jährigen Manne. Vor 9 Jahren Ulcus durum, seit 3 Jahren Verdickung und Schmerzen des oberen Nasentheiles. Stimmbänder leicht geröthet, in der Nase Rhinitis hypertrophica und Deviatio septi. Der Kranke wurde erfolglos mittelst Quecksilberinjectionen und Einreibungen behandelt. Nach einer 0,50 „606“-Einspritzung war keine Besserung zu verzeichnen.

AUTOREFERAT.

12) **Joseph C. Beck. Vorstellung von Fällen von Syphilis zur Veranschaulichung des Werthes der Wassermann'schen Probe. (Presentation of luetic cases illustrating the value of Wassermann test.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Verf. verfügt über 92 Fälle von Erkrankungen von Hals, Nase und Ohr, bei denen er den Werth der Wassermann'schen Reaction erproben konnte.

EMIL MAYER.

13) **Gerber** (Königsberg). **Ueber Spirochäten in den oberen Luft- und Verdauungswegen.** *Centralbl. f. Bakteriologie. Bd. 56. 1910.*

Die glatte, normale Schleimhautoberfläche der Mundrachenhöhle hat Gerber fast immer frei von allen Organismen gefunden, aber drei Stellen beherbergen fast

immer, besonders in ungepflegten Mundhöhlen, Unmassen von Organismen: der Zahnhals, die Lakunen der Tonsillen und der Zungenrücken.

Die verschiedenen Spirochätenformen sind in sehr schönen Abbildungen dargestellt und von G. vorläufig in folgender Systematik untergebracht:

1. Sp. undulata } = Sp. buccalis.
2. Sp. inaequalis }
3. Sp. dentium } = Sp. dentium.
4. Sp. denticola }
5. Sp. tenuis } Abarten von 1 und 2, 1 oder 2? = Sp. Vincenti?
6. Sp. recta }

Dazu kommt dann noch die Spirochaeta pallida.

SEIFERT.

14) **Goldstein. Ueber die Wirkung des 606-Präparates von Ehrlich auf einige Symptome der Syphilis in den oberen Luftwegen. (O deistwii 606 praeparata Ehrlicha na nekotorye simptomy sifilisa w werchnich dychatelnych putjach.)** *Jeshemesjatschnik. No. 11. 1910.*

Mittheilung von 7 Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, dass das Präparat bei weitem nicht immer wunderthätige Wirkung entfaltet.

P. HELLAT.

15) **G. Avellis** (Frankfurt). **Ehrlich-Hata in der laryngologischen Praxis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 495. 1911.*

Ein Fall von beständig wiederkehrenden Zungenplaques, gleichzeitig mit einer Rupia am Unterschenkel, seit 6 Jahren ohne andauernden Erfolg mit Quecksilber und Jod behandelt, heilt nach einer Einspritzung von 0,8 Arsenobenzol in 3 Wochen.

A. macht dann einige Mittheilungen aus der Literatur, die die günstige Wirkung des Mittels bestätigen, und giebt einen Auszug aus dem Referat des letzten Ehrlich'schen Vortrages.

OPPIKOFER.

16) **J. Safranek** (Budapest). **Ehrlich-Hata's Arsenobenzol bei syphilitischen Erkrankungen in den oberen Luftwegen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 503. 1911.*

42 Fälle von Lues der oberen Luftwege, theils des secundären und theils des tertiären Stadiums, heilten nach Injection des Arsenobenzols auffallend rasch (Plaques muqueuses nach 2—5 Tagen, Ulcerationen des secundären Stadiums innerhalb von 4—5 Tagen und tertiäre Geschwüre 6—10 Tage nach der Injection). Nur in einem einzigen Falle (tertiäres Ulcus am weichen Gaumen) blieb das Mittel ohne Erfolg.

Innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Einspritzung zeigte sich bei mehr als der Hälfte der Patienten, namentlich bei den Fällen des secundären Stadiums, eine locale Reaction (Emporwölben der Randpartien und lebhaftere Röthung). Die Wassermann'sche Reaction wurde bei 1—2 Fällen nach intravenöser Anwendung des Arsenobenzols bereits am 8. Tagen negativ, bei den übrigen meist in der 6. bis 8. Woche.

OPPIKOFER.

17) **Weski** (Zahnarzt-Berlin). **Die moderne zahnärztliche Diagnostik im Dienste der Rhino- und Otologie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 375. 1910.*

Wenn der Rhinologe eine Untersuchung der Zähne durch den Zahnarzt wünscht, so sollte immer die Sensibilitätsprüfung und die Röntgenaufnahme vorgenommen werden; denn die äussere Inspection, die Sondenuntersuchung, die Prüfung mit kaltem und heissem Wasser genügen nicht immer.

Durch den Inductionsstrom lässt sich feststellen, ob die Pulpa entzündet oder bereits zerfallen ist. Wenn die normale Empfindlichkeit eines Zahnes beispielsweise bei 3,5 cm Rollendeckung liegt, so wird bei einer Pulpitis schon bei 2,0 bis 1,0 Rollendeckung der Zahn sich schmerzhaft äussern. Ist dagegen die Pulpa bereits eitrig zerfallen, so ist die Empfindlichkeit des Zahnes gegen den elektrischen Strom bedeutend herabgesetzt (5 oder 6 cm Rollendeckung) oder ganz aufgehoben. Je nach dem Grade der Pulpitis wird auch die Therapie eine verschiedene sein.

Durch die Röntgenuntersuchung kann Dentikelbildung, welche oft die versteckte Ursache von Neuralgien ist, aufgedeckt werden. Werthvoll ist im ferneren das Röntgenverfahren bei Zahncysten oder folliculären Cysten. Ganz besonders werthvolle Dienste leistet aber nach W. die zahnärztliche Röntgenographie bei der Entscheidung der Frage, ob eine Kieferhöhleneiterung durch Zahnerkrankung unterhalten wird. Bei der durch Periodontitis verursachten fungösen Knocheneinschmelzung zeigt das Röntgenbild an der Wurzelspitze eine Aufhellung, welche gegen die normale Knochenspongiosa unscharf abgegrenzt ist. Bei dem Granulom dagegen ist die die Wurzelspitze umgreifende Aufhellung eine scharf begrenzte.

Verf. giebt auf 2 Tafeln über Zahnwurzelerkrankungen Röntgenbilder, die wohlgelungen, aber doch zum Theil recht schwierig zu deuten sind. Wenn W. auf S. 384 die Behauptung aufstellt, dass der Nachweis einer Alveolarbucht der Kieferhöhle sehr für die Möglichkeit einer dentalen Kieferhöhleneiterung spricht, so ist diese Angabe sicher nicht zutreffend; denn beim Erwachsenen ist eine deutliche Alveolarbucht — dies lehrt einwandsfrei eine grössere Reihe von Nasensectionen — in der Regel vorhanden, und es spricht deshalb der Nachweis einer Alveolarbucht weder für noch gegen die dentale Natur der Kieferhöhleneiterungen.

OPPIKOFER.

18) **A. Peyser** und **S. Landsberger** (Berlin). **Indicationen, neuere Methoden und Ergebnisse der kiefer-orthopädischen Mundathmungsbehandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. 1909.*

Beschreibung von 6 Fällen, bei denen die Mundathmung durch Eingriffe in Nase und Rachen nicht gebessert wurde, während sie durch Kieferdehnung verschwand. Der von Landsberger angegebene Apparat beruht auf combinirtem Schrauben- und Federdruck, der auf zwei an den Bicuspidaten befestigte Platten wirkt.

HEGENER (ZARNIKO).

19) **Henke** (Königsberg). **Demonstrationen.** *Med. Klinik. No. 51. 1910.*

1. Wallnussgrosse Schleimcyste an der Vorderfläche der Epiglottis.
2. Lipom am weichen Gaumen.

3. Röntgenbilder eines von der Basis des Keilbeins ausgehenden Tumors.
4. Sinusitis frontalis, 4 Wochen nach der Adenotomie aufgetreten.

SEIFERT.

20) **Th. Flatau** (Berlin). **Laryngoskopie und hintere Rhinoskopie bei geschlossenem Munde.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 3. S. 461. 1910.*

Verf. hat bei der Construction seines Laryngoskopes sich die Vortheile des Cystoskopes von Ringleb zu Nutze gemacht. Das Instrument, das für den Stimmforscher von grossem Werth sein wird, ist abgebildet. Die Art der Construction unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von dem Instrumente von Hays.

Die Einführung ist leicht und die Untersuchung, die ein Gesammtbild des Retronasalraumes oder des Kehlkopfes liefert, nicht unangenehm. Die Bilder sind scharf. Verf. hofft, die Methode auch für die postrhinoskopische und endolaryngeale Therapie nutzbar machen zu können.

OPPIKOFER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **A. Herry. Die Nasalkrisen bei Tabes. (Les crises nasales du tabes.)** *Annales de la Soc. Médico-chir. de Liège. Juni 1910.*

47jähriger Handlungsreisender, Schanker 1881, verspürte im Jahre 1907 eigenthümliche Gefühle in der Nase mit Kitzel, Prickeln und anderen unangenehmen Erscheinungen, welche er nicht näher definiren kann. Im April 1908 Parästhetisien in der Gegend des Oberkiefers mit unangenehmen Gefühlen, welche ihn zum Grimassenschneiden veranlassten; er klemmt 20 bis 200 mal pro Tag seine Nase zwischen Daumen und Zeigefinger zusammen und reibt die Wange mit den Fingern. Eine Intervention an der Nasenscheidewand blieb ohne Resultate.

Ende 1908 intensive Behandlung mit grauem Oel und zugleich Jodkali innerlich.

Als Autor ihn im Februar 1909 zum ersten Male sah, bot er alle Zeichen einer typischen Tabes dar mit parästhetischen Gefühlen in den Wangen und Nasenflügeln. Im October 1909 Nieskrämpfe 5—10 Minuten; seit ungefähr der gleichen Zeit reichliche Salivation, sogar Nachts; zu gleicher Zeit Zunahme der Ataxie und Sensibilitätsstörungen nach den Schenkeln zu im Bereich der drei ersten Lendenwurzeln. Ende October eine wahre spasmo-rhinorrhöische Krise, welche ohne Beeinträchtigung des Geruchs und Geschmacks bis Ende Januar 1910 fortbesteht. Es stellen sich heftige Schmerzen im Trigeminus ein, zu gleicher Zeit lässt die Rhinorrhoe allmählich nach in dem Masse, als die spasmodischen Nieskrämpfe nachlassen. Die Schmerzen sind so heftig, dass der Patient sich den Tod wünscht; nur Injectionen von Alkohol in das Foramen rotundum verschaffen demselben Erleichterung.

Bei der Discussion führt Breyre einen ähnlichen Fall an von festgestellter Tabes mit vorhergehenden Manifestationen in der Nase und dem Gebiete des Trigeminus.

BAYER.

22) **Walter Wood. Kopfschmerzen bei Nasenkrankheiten. (Headache and pain in nasal conditions.)** *Medical Press and Circular. 9. November 1910.*

Es wurden 750 Fälle in Bezug auf die Localisation der Schmerzen untersucht; die Resultate bringen nichts Neues.

A. J. WRIGHT.

23) **P. J. Mink** (Utrecht). **Trigeminusneuralgie infolge von Nasenleiden. (Trigeminusneuralgie als gevolg van neuslijden.)** *Geneesk. Courant. 30. Juli 1910.*

Trigeminusneuralgie seit 10 Jahren bei einem 60jährigen Manne. Vollständige Heilung nach einer einmaligen Chromsäureapplication auf einer Schwellung am vorderen Ende der mittleren Muschel. Es sei erwähnt, dass die Schwellung auf Cocain kaum reagirt hatte und dass im Anfall applicirtes Cocain auf den Schmerz ebensowenig einen Einfluss ausgeübt hatte.

H. BURGER.

24) **C. Ziem** (Danzig). **Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei Verletzungen des Kopfes.** *Klin.-therap. Wochenschr. No. 41. 1910.*

Z. führt die eine Verletzung lange Zeit überdauernden schweren schreckhaften Träume auf secundäre Erkrankung der Stirnhöhle zurück; er beobachtete solche Träume auch öfters bei Stirnhöhlenerkrankung im Anschlusse an Influenza. Jedenfalls empfiehlt Z. bei Kopfverletzungen mit gewissen Symptomen auf die Untersuchung der Nase und Nebenhöhlen grösseres Gewicht zu legen.

HANSZEL.

25) **O. Voss** (Frankfurt a. M.). **Operatives Vorgehen gegen Schädelbasisfracturen bei Mitbetheiligung von Nase und Ohr.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 3. S. 385. 1910.*

Verf. vertritt an der Hand von zwei eigenen und mehreren Fällen aus der Literatur den Standpunkt, dass Schädelbasisfracturen bei Mitbetheiligung von Ohr und Nase der Operation zu unterziehen sind. Nach Voss ist die Operation indicirt aus curativen Rücksichten, wenn der Schädelinhalt von Ohr oder Nase aus inficirt ist, oder wenn Hirndruckerscheinungen bestehen, die ihren Ausgang sicher oder wahrscheinlich von Ohr oder Nase nehmen. Voss hält die Operation aber auch aus prophylaktischen Rücksichten nothwendig, und zwar dann, wenn eine alte oder frische Infection in einzelnen oder sämmtlichen Abschnitten von Ohr oder Nase (Haupthöhle, Nebenhöhlen, Nasenrachenraum) besteht, oder wenn eine Mitverletzung einzelner oder mehrerer Partien von Ohr oder Nase sicher nachgewiesen ist. Die Operation hat in allen diesen Fällen ihren Weg durch Ohr oder Nase zu nehmen. Die dafür in Frage kommenden Operationsverfahren sind am Ohr die Radicaloperation (Totalaufmeisselung), eventuell mit anschliessender Labyrintheröffnung, an der Nase die Killian'sche Radicaloperation, je nach Lage des Falles mit oder ohne gleichzeitige Eröffnung der Stirnhöhle. Die dabei aufgedeckten fracturirten Partien sind der ausgedehntesten chirurgischen Inanspruchnahme zu unterwerfen. Nach Bedarf sind die vordere, mittlere oder hintere Schädelgrube freizulegen und etwaige intracranielle Complicationen nach den dafür gültigen chirurgischen Grundsätzen zu behandeln. Bei Betheiligung beider Ohren, beider Nasenseiten oder von Ohr oder Nase ist im Princip nach den gleichen Grund-

sätzen zu verfahren. Modificationen richten sich nach der Lage des jeweiligen Falles.

OPPIKOFER.

26) **Clyde E. Purcell. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 22. October 1910.*

Von den Patienten des Verf.'s waren bei einer grossen Anzahl, nämlich 47, vorher bereits Operationen gemacht worden: Caustik, Anwendung der Säge, Ash'sche Operation etc., alles nur mit temporärem Erfolg; erst die submucöse Resection schaffte eine ausreichende Nasenathmung. In 17 Fällen wurde die Operation bei Heufieberpatienten gemacht, bei denen ein Druckcontact zwischen Septum und Muschel bestand; in allen Fällen bis auf einen, wo aber auch erhebliche Besserung auftrat, hatte die Operation vollständigen Erfolg.

EMIL MAYER.

27) **Francis P. Emerson. Die Resultate der submucösen Septumresection in der Privatpraxis. (The results of the operation of submucous resection of the septum in private practice.)** *Journal American Medical Association. 22. Mai 1910.*

Wenn auch die anderen Methoden nicht zu verwerfen sind, da der Arzt mit ihnen vertraut sein und in jedem Fall individuell verfahren muss, so ist doch nicht zu leugnen, dass die besten Resultate mit der Fensterresection erzielt werden.

Discussion:

John O. Roe (Rochester): Jeder Fall liegt anders; für jeden Fall muss das ihm adaequate Operationsverfahren ausgewählt werden. Für Fälle, die sich zur submucösen Resection nicht eignen, empfiehlt Roe z. B. seine gefensterte Brechzange. In allen Fällen ist darauf zu achten, dass das Septum so steht, dass an keiner Stelle ein Contact stattfindet; so lange dies der Fall ist, hat der Patient stets das Gefühl behinderter Athmung, wenn auch die Passage sonst noch so weit ist.

Otto J. Freer erinnert daran, dass bei seiner Methode das Wesentlichste die anfängliche Incision ist, durch die ein Lappen in Form eines umgekehrten L geschaffen wird. Durch diesen Lappen wird die ganze Verbiegung für das Auge freigelegt, man braucht keine langen intranasalen Specula, was bei Anwendung des Knopflochschnittes nothwendig ist. Freer hat die Ergebnisse der submucösen Resection bei Kindern ebenso befriedigend gefunden, wie bei Erwachsenen. Neunjährige Erfahrungen selbst bei kleinen Kindern haben ihm gezeigt, dass alle Einwände gegen die Operation in der Kindheit rein theoretisch sind.

R. P. Scholz macht eine einfache Incision längs des vorderen Randes des Knorpels, die hoch oben beginnt und nach unten bis auf den Nasenboden reicht. Der idealste Tampon ist der mit Paraffingaze nach Willeminski.

Bryan D. Sheedy operirt Kinder stets, wenn die Verbiegung des knorpligen Septums derart ist, dass die Athmung beeinträchtigt wird, und hat noch niemals irgend welche schlechten Resultate gehabt. S. verbreitet sich dann über das Vorkommen von Septumdeviationen bei den Farbigen; sie sind dort seltener, was S. auf das seltenere Vorkommen adenoider Vegetationen bezieht, seiner Ansicht nach die

Hauptursache der Septumverkrümmungen. Er tamponirt nie und näht nie die Schleimhautincision.

W. L. Ballenger verfährt folgendermaassen, um sich gegen Perforationen zu schützen: Den herausgenommenen Knorpel legt er in physiologische Kochsalzlösung; passirt es, dass eine Perforation gemacht wird, so biegt er den Knorpel grade und setzt ihn nach vollendeter Resection zwischen die Schleimblätter wieder ein; infolge Granulationsbildung wächst dann die Schleimhaut darüber, der Knorpel wird als Fremdkörper resorbirt und es kommt keine Perforation zu Stande.

O. Tydnigs wendet sich dagegen, dass für alle Fälle eine bestimmte Art der Operation empfohlen wird; er hat bei traumatischen Septumdeviationen der Kinder ausgezeichnete Erfolge mit der Gleason'schen Operation gesehen.

G. Sluder spricht die Ansicht aus, dass ein rigides Septum nothwendig sei, um die Nase während der Entwickelungsperiode zu stützen. Zur Stütze dieser Ansicht führt er an, dass da, wo in der Kindheit eine einfache oder traumatische Perforation des Septums entstanden sei, sich eine mehr oder minder grosse Depression des Nasenprofils auf der entgegengesetzten Seite ausbilde.

Francis P. Emerson macht bei nervösen Individuen die Operation in allgemeiner Narkose.

Clyde E. Purcell empfiehlt die Anwendung der Schleimhautnaht. Er hat auch ein kleines Winkelmesser angegeben, das für die Incision der Schleimhaut geeignet ist und auch als Elevatorium dient, sowie zum Durchschneiden und Entfernen des Knorpels. Er sieht keinen Grund ein, warum man die submucöse Resection nicht bei Kindern machen sollte.

EMIL MAYER.

28) **Richard. Bemerkungen über die Nasenscheidewanddeviationen. (Considérations sur les déviations de la cloison nasale.)** *Anvers Médical. No. 6 und 7. 1910.*

Behandlung des Gegenstandes nach dem heutigen Standpunkt. Nur Bekanntes.

BAYER.

29) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Ein paar Bemerkungen zu der Arbeit von Halle (diese Monatsschr. XLIV. Jahrg. S. 826ff.): Orale oder nasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 10. 1910.*

Technische Erörterungen und genaue Präcisirung der Indicationsstellung.

HECHT.

30) **Sidney Jankauer. Die Incision für die submucöse Resection. (The incision for the submucous resection.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. 1910.*

Die Incision beginnt hinter dem Ansatz des Nasenflügelknorpels ungefähr 1 cm vom Nasenrücken entfernt und verläuft vertical nach unten zu der Stelle, wo die Schleimhaut des Nasenbodens die Haut des Vestibulum trifft; sie wird dann weitergeführt nach auswärts längs der Linie des Zusammentreffens von Haut und Schleimhaut bis zur Hälfte der lateralen Nasenwand. Die Incision gestattet, dass die Septumschleimhaut gegen die laterale Nasenwand umgeschlagen, die Schleim-

haut der inneren Hälfte des Nasenbodens auf die der äusseren Hälfte gelegt wird. Durch diese Incision wird nicht nur das knorpelige, sondern auch das knöcherne Septum freigelegt; die völlige Freilegung des knöchernen Theiles der Deviation ist ein nothwendiges Erforderniss für die Operation und nach den Erfahrungen des Verf.'s wird keine der angegebenen Incisionen dieser Forderung so gerecht, wie die von ihm empfohlene.

EMIL MAYER.

31) **H. B. Decherd. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Submucous resection of the nasal septum.)** *Texas State Journal of Medicine. April 1910.*

Verf. führt die Gründe an, die ihm die submucöse Resection als eine geradezu ideale Operation erscheinen lassen.

EMIL MAYER.

32) **Oliver A. Lothrop. Einige Beobachtungen über die Spätresultate der submucösen Septumresection. (Some observations on the late results by the submucous resection of the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 12. Mai 1910.*

Von 254 Operirten stellten sich auf Ersuchen 40 persönlich wieder vor, 19 gaben brieflich Auskunft. Von diesen berichteten 15, dass es ihnen besser gehe, 3 gaben an, es ginge ihnen nicht besser und einer behauptete, dass sich sein Zustand verschlechtert habe. Von den 40 Patienten, die sich persönlich vorstellten, spürten 5 keine Erleichterung und nur zwei erklärten sich von dem Erfolg der submucösen Resection allein völlig befriedigt; 33 Patienten gaben an, dass sie beim Athmen eine geringe bis erhebliche Besserung constatirten und 10 von ihnen, bei denen ausserdem die partielle Conchotomie gemacht worden war, erklärten sich für völlig befriedigt.

In den Schlusssätzen spricht sich Verf. vor allem für eine gründliche Vornahme der Operation aus. Ist die Conchotomie indicirt, so kann man sich darauf beschränken, die grössere Muschel auf der concaven Seite zu verkleinern.

EMIL MAYER.

33) **Marek Königstein** (Warschau). **Zur Technik der submucösen Fensterresection.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Bestätigung der günstigen Resultate Srebrny's mit dem beiderseitigen Schleimhautschnitt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

34) **Otto J. Freer. Die Resection knöcherner Verbiegungen der Nasenscheidewand. (The resection of bony deflections of the nasal septum.)** *Illinois Medical Journal. Mai 1910.*

Verf. giebt eine Beschreibung der anatomischen Beziehungen des knöchernen und knorpeligen Septums und schildert die von ihm befolgte Technik.

EMIL MAYER.

35) **Réthi** (Wien). **Ueber Septumoperationen im jugendlichen Alter.** (Für die Naturforscherversammlung in Königsberg i. Pr. angemeldet.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 47. 1910.*

R. räth, bei Kindern die Indication für die submucöse Septumresection noch enger zu ziehen als bei Erwachsenen und möglichst viel von den festen Bestand-

theilen des Septums zu erhalten, denn die Verstümmelung eines jugendlichen Septums fällt beim Wachsthum des Skeletts mitunter schwer ins Gewicht.

HANSZEL.

36) **Bryan F. De Sheedy. Säge und brechende Instrumente bei der Chirurgie der Nasenscheidewand. (The saw and crushing instruments in surgery of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 29. October 1910.*

Die Säge und alle zerbrechenden Instrumente sind zu verwerfen; in allen Fällen soll nur die submucöse Resection angewandt werden. EMIL MAYER.

37) **A. N. Murray. Ein neues Knorpelmesser zur Anwendung bei der submucösen Resection der Nasenscheidewand. (A new cartilage knife for use in the submucous resection of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 9. Juli 1910.*

Dient dazu, den Knorpel vorn zu incidiren. EMIL MAYER.

38) **R. B. Scarlett. Ein echtes Papillom der Nasenscheidewand. (A true papilloma of the nasal septum.)** *Pennsylvania Medical Journal. August 1910.*

Der Tumor sass am knorpeligen Theil des Septums nahe am Vestibulum der Nase. EMIL MAYER.

39) **W. Nikitin. Zur Frage der blutenden Scheidewandpolypen. (K woprosu krowoto-tschaschtschide polipach nosowoi peregorodki.)** *Jeshemesjatschnik. No. 12. 1910.*

Beschreibung der mikroskopischen Untersuchung eines solchen Polypen, der bei einer 20jährigen Person galvanokaustisch entfernt wurde. Es handelte sich um ein Fibroangiom. P. HELLAT.

40) **Viktor Lange** (Kopenhagen). **Der blutende Polyp der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 11. 1910.*

Bezugnehmend auf die Arbeit Citelli's (Catania) (Annales des maladies de l'oreille etc. No. 5. 1910) stimmt L. mit dem Autor überein, dass die Benennung „blutender Polyp der Nasenscheidewand" verschwinden solle. Lange erwähnt, dass er zwar zuerst diese an dem vorderen Theil der Nasenscheidewand vorkommenden Polypen, „die unter anderem zu heftigen Blutungen Veranlassung geben können", beschrieben habe, dass aber der Name „blutender Polyp der Nasenscheidewand" nicht von ihm stamme, sondern von Schadewaldt. HECHT.

41) **Fritz Neumann** (Wien). **Ueber Nasenscheidewandabscesse dentalen Ursprungs.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 10. 1910.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines „periapicalen Abscesses des rechten kleinen Schneidezahnes mit Knochennekrose im Oberkiefer und beginnendem Nasenscheidewandabscess". Besprechung der einschlägigen Literatur und Erörterung des Infectionsweges auf Grund anatomischer Betrachtungen. HECHT.

42) **Preysing** (Cöln). **Spongiosirung der Stirnhöhlen.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 349. 1910.*

Das Fehlen der Stirnhöhlen ist in einzelnen Fällen nicht durch einfache Defecte zu erklären, sondern als das Product eines pathologischen Vorganges, einer Spongiosirung, aufzufassen.

Pr. vergleicht die Stirnhöhle mit dem Warzenfortsatz. In letzterem führt die chronische Mittelohreiterung häufig zu einem Schwund der Zellen durch solide Knochenneubildung. Dieser Sklerosirung geht häufig eine Spongiosirung voraus: die Zellenräume des Warzenfortsatzes werden ersetzt durch eine blutreiche Spongiosa.

Diesen Spongiosirungsprocess im Warzenfortsatz bei chronischer Ohreiterung hält Pr. für einen ziemlich regelmässigen pathologischen Vorgang, welchem dann erst Schritt für Schritt die Knochensklerose folgt. Verf. hat nun aber im Verlaufe der Jahre auch eine Reihe von Fällen gesehen, bei denen eine Spongiosirung des Processus mastoideus auch bei intactem Mittelohr bestand, und bei welchen diese Spongiosirung Schmerzen im Warzenfortsatz verursacht. Die Schmerzen verschwanden nach gründlicher Ausräumung der Spongiosa.

Pr. nimmt an, dass analoge Vorgänge wie im Warzenfortsatz sich auch im Stirnbein abspielen können. Er sah im Verlaufe der letzten 2 Jahre 8 Patienten — alle waren weiblichen Geschlechts —, bei denen hartnäckige Stirnschmerzen bestanden, und die Stirnhöhle auf der Röntgenplatte fehlte. Eine Nebenhöhleneiterung wurde — auch nach Resection der mittleren Muscheln — nicht constatirt. Bei einer einzigen dieser Patientinnen wurde die Stirnhöhle von aussen geöffnet. Die Aufmeisselung ergab eine vollständige Spongiosirung des linken Stirnbeins; aber auch bei diesem Falle liess die operative Therapie im Stich; denn Pr. schreibt: auch der von aussen trepanirte Fall hatte nach 2 Monaten seine Schmerzen wieder.

Bei all den 8 Fällen, die Verf. als Spongiosirung der Stirnhöhle auffasste, traten bei dem Röntgenbilde die oberen Orbitalränder und das Septum auffallend stark hervor, dagegen fehlte — im Gegensatz zu dem Röntgenbilde bei chronischer Stirnhöhleneiterung — der Entzündungsschatten in der Umgebung (4 Röntgenbilder).

Die Annahme von Pr., dass das Fehlen der Stirnhöhlen in einzelnen Fällen anf einer Spongiosirung beruht, halte ich trotz der Autorität von Preysing für unwahrscheinlich; denn Pr. gründet seine Annahme fast ausschliesslich auf seine Erfahrungen und Befunde am Warzenfortsatz. Es ist nun nicht angängig, Veränderungen, die sich im Warzenfortsatz abspielen, ohne weiteres auch für Nebenhöhlen der Nase als zutreffend zu betrachten. Zudem erscheinen mir die Angaben des Autors über die Sklerosirung des Processus mastoideus, deren Richtigkeit Pr. als selbstverständlich annimmt, in verschiedenen Punkten anfechtbar. So möchte ich, gestützt auf Leichenbefunde, glauben, dass eine vollständige Sklerose des Warzenfortsatzes, durch chronische Mittelohreiterung bedingt, zum allermindesteu selten ist und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit der Eiterung als solcher nichts zu thun hat. Unwahrscheinlich erscheint mir im ferneren die Angabe, dass der Sklerosirung des Warzenfortsatzes eine Spongiosirung vorausgeht und diese dann auch ohne Ohreiterung sich entwickeln und die Ursache heftiger

Warzenfortzsatschmerzen sein kann. Es handelt sich vielmehr in diesen letzteren Fällen — intactes Mittelohr, subjective Schmerzempfindung im Warzenfortsatz und objectiven Druckschmerz an demselben — um hysterische Patienten, und ist deshalb die Warzenfortsatzaufmeisselung nicht nothwendig.

Wenn wirklich die Stirnschmerzen bei den 8 Patientinnen von Pr. durch eine Spongiosirung der Stirnhöhlen hervorgerufen wären, so müssten die Schmerzen nach Ausräumen der Stirnhöhlengegend verschwinden, was bei der von Pr. aufgemeisselten Patientin nicht zutraf. Ich möchte annehmen, dass bei den 8 Patientinnen von Pr. der Allgemeinzustand, vielleicht in dem einen oder anderen Falle auch Refractions- oder Accommodationsanomalien des Auges, Ursache der Stirnschmerzen waren.

OPPIKOFER.

43) **Gerber** (Königsberg). **Die Beziehungen der Stirnhöhle zum übrigen Organismus.** *Reichs-Medicinal-Anzeiger. 10. 1910.*

Die gedrängte Uebersicht über die Erscheinungen und Complicationen der acuten und chronischen Stirnhöhlenentzündungen soll den Practiker darauf hinweisen, dass er in zweifelhaften Fällen, die seiner Therapie Widerstand leisten, auch an Erkrankungen der Stirnhöhle denkt. So bei hartnäckigen Supraorbitalneuralgien, bei manchen Formen von Kopfschmerzen, Entzündungen der Orbita und einer ganzen Reihe von oculo-orbitalen Affectionen. (Man möchte nur wünschen, dass solche Ausführungen auch wirklich von den Practikern beachtet würden! D. Ref.)

SEIFERT.

44) **A. Onodi** (Budapest). **Das Einmündungsgebiet der Stirnhöhle in die Nase.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1910.*

Der tiefere Theil des Hiatus semilunaris war bisher auch unter der Benennung „Infundibulum“ bekannt. Heymann und Ritter haben diese Bezeichnung für andere Theile angewendet. Onodi will nun, um Missverständnisse zu vermeiden, das Wort Infundibulum gänzlich fallen lassen und unterscheidet ein constantes und ein inconstantes Formverhältniss. Constant ist der Hiatus semilunaris, inconstant dagegen eine Taschenbildung, welche er als Einmündungsstelle der Stirnhöhle mit dem Namen Recessus frontalis bezeichnet.

POLYAK.

45) **R. Goldmann. Neue Methode zur Grenzbestimmung der Stirnhöhle. (Nouvelle méthode pour la détermination des limites du sinus frontal.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 2. 1910.*

Die neue Methode beruht auf dem Principe des Phonendoskopes. Während mit dem Finger oder einer Sonde die Stirnhöhlengrenze percutirt wird, auscultirt man mit dem in der Otologie üblichen Otoskop. Die eine Olive des Otoskopes wird durch eine volle Sonde ersetzt. Goldmann hat seine Methode erprobt und führt zum Schluss zwei kurze Beobachtungen an, um zu beweisen, dass er die Existenz einer Stirnhöhleneiterung mittels seiner Methode hat ausschliessen können.

LAUTMANN.

46) **Hill Hastings. Stirnhöhleneiterung. (Frontal sinus suppuration.)** *California State Journal of Medicine. September 1910.*

Verf. verfügt über 46 Fälle; von diesen wurden 6 von aussen operirt, und

zwar handelt es sich bei diesen bis auf einen Fall um Fistelbildung, fluctuirende Anschwellung oder schwere acute Erscheinungen. Die übrigen 40 Fälle wurden intranasal behandelt.

EMIL MAYER.

47) **K. Ohno. Ein Fall von Radicaloperation der Sinusitis frontalis chronica sinistra.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngol. Bd. XV. Heft 1. 1909.*

Ein 30jähriger Patient. Linksseitige Stirnhöhlen- und Kieferhöhleneiterung mit Fistelbildung am oberen Augenlide und Oedem der Augenlider der betreffenden Seite. Bei der Ausspülung der Stirnhöhle kommt das mit Eiter vermischte Spülwasser hauptsächlich aus der oben genannten Fistel heraus. Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian unter Chloroformnarkose. Die Kieferhöhle wurde zugleich operirt. Glatte Heilung.

INO KUBO.

48) **Vacher** (Orleans). **Behandlung der chronischen Stirnhöhlenempyeme auf endonasalem Wege; Technik und Instrumente. (Traitement des sinusites frontales chroniques par voie endo-nasale; technique et instrumentation.)** *XXIII. Congrès de l'association française de chirurgie Paris. 3. October 1910.*

Verf. bespricht die Gefahren und Complicationen der Radicaloperation; er fordert, dass die endonasale Behandlung ihr stets vorangehen soll. Zur Freilegung des Ductus fronto-nasalis bedient er sich theils besonderer Curetten, theils der elektrisch betriebenen Fraise.

GONTIER de la ROCHE.

49) **M. Brémond. Ueber die Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. (Du traitement de la sinusite frontale chronique.)** *Dissert. Paris 1908.*

Verf. empfiehlt das Operationsverfahren seines Lehrers Sébileau, das eigentlich nichts anderes ist als das Ogston-Luc'sche Verfahren mit kleinen unbedeutenden Modificationen. 9 Krankengeschichten. B. rühmt an diesem Verfahren gegenüber anderen Operationsmethoden die Einfachheit, sichere Heilung und Gefahrlosigkeit; das Verfahren wird deshalb auch bei leichten Fällen chronischer Stirnhöhleneiterung angewendet.

Der Werth der Röntgenaufnahme zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen wird unterschätzt.

OPPIKOFER.

50) **Mermod. Ueber die Methode der Aspiration bei Stirnhöhleneiterung, verglichen mit den anderen diagnostischen Methoden. (De la méthode d'aspiration dans la sinusite frontale comparée aux autres moyens de diagnostic.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 3. 1910.*

Es wird überall ein Fall von Mermod citirt, der die Möglichkeit der Perforation der Lamina cribrosa nach Sondirung der Stirnhöhle illustriren soll. Der Fall wird falsch citirt, insofern als es bei dieser Gelegenheit nicht zu einer Verletzung der Lamina cribrosa kam, sondern die Sonde durch einen congenitalen Spalt 1 cm vor der Lamina cribrosa zwischen Dura und Hirn vorgedrungen ist. Uebrigens verwendet Mermod nicht mehr die Sondirung zu diagnostischen Zwecken. Auch die anderen Methoden erscheinen ihm unzureichend. Es giebt ein sicheres Mittel, die Existenz der Stirnhöhle nachzuweisen, d. i. die Aspiration mittels einer Spritze von mindestens 60 g Inhalt.

LAUTMANN.

51) E. Schmiegelow. **Mucocele der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen. (Mucocele af Pandehulen og Sibenscellerne.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 41. 1910.*

Schmiegolow theilt 2 Fälle mit. Der erste war traumatischen Ursprungs, wahrscheinlich nach einer Blutung in der Stirnhöhle und den vorderen Siebbeinzellen entstanden. Ihre Verbindung mit der Nasenhöhle war verstopft und das Blutgerinnsel hatte irritirend auf die Bekleidung der Schleimhaut gewirkt. Die Stirnhöhlencyste war fast vollständig von der Haut bedeckt; der Knochen war verschwunden und sie hatte hinten die Dura entblösst, womit sie verwachsen war. Der zweite Fall betrifft eine im vorderen Theil des Os ethmoideum spontan entstandene Mucocele. Der Inhalt der Cysten war steril. L. MAHLER.

52) H. Aboulker. **Beitrag zum Studium der Stirnhöhlencysten. (Contribution à l'étude des kystes du sinus frontal.)** *Revue hebdomadaire de laryngologie. No. 44. 1910.*

Die Mucocele der Stirnhöhle ist sehr selten. Aboulker beschreibt einen Fall, eine 60jährige Frau betreffend, die er an einer oberhalb des Thränensackes perforirten Mucocele operirt hat. Bei dieser Gelegenheit stellt er ein Dutzend anderer Fälle zusammen, die er in der Literatur finden konnte. LAUTMANN.

53) Lavrand. **Osteitis mit Sequesterbildung in der Stirnhöhle ohne Empyem der Stirnhöhle und Ozaena. (Ostéite avec séquestration du frontal sans sinusite et ozène essentiel.)** *Bulletin de laryngologie etc. Tome XIII. No. 6. 1910.*

Lavrand kommt wieder auf seine Theorie zurück, dass die Ozaena eine nekrotisirende Ethmoiditis zur Grundlage habe. Bei einer Patientin, die wegen einer (syphilitischen?) Nekrose des Stirnbeins operirt werden musste, konnte er gleichzeitig jeden Mangel einer gleichzeitigen Stirnhöhleneiterung constatiren.

LAUTMANN.

54) P. Goldsmith. **Osteom der Stirnhöhle. (Osteoma of frontal sinus.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Bericht über einen Fall von Osteom der rechten Stirnhöhle. EMIL MAYER.

55) Goyanes (Madrid). **Echinococcus der Stirnhöhle. (Equinecocos del seno frontal.)** *Revista de medicina y cirurgia practicas. No. 10.*

Eine Patientin bot die Erscheinungen eines schweren Stirnhöhlenempyems; bei der Operation fand man Hydatidenmembranen und Zerstörung der Stirnhöhlenwandungen. A. J. TAPIA.

56) T. Ishizuka. **Ueber die Epithelveränderungen der Nasenschleimpolypen im Nasenrachenraume.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngol. Bd. XV. H 2.*

I. entfernte einem 16jährigen Mädchen eine Anzahl von Nasenpolypen aus der linken Nasenhöhle, welche ihr totale Nasenverstopfung, Vorwölbung des weichen Gaumens, Schnarchen etc. verursachten. I. fand durch histologische Untersuchungen einen deutlichen Uebergang des Cylinderepithels in Plappenepithel nicht nur im vorderen Theil, der im Nasenloch lag, sondern auch im pharyngealen Theil der Polypen. INO KUBO.

57) **G. Hicguet. Zwei Fälle von Nasenrachenfibromen; einige Betrachtungen bezüglich des Sitzes ihrer Insertion. (Deux cas de fibromes naso-pharyngiens; quelques considérations au point de vue du siège de leur insertion.)** *La Policlinique. No. 2. 1910.*

Die alte Theorie der Basilarinsertion dieser Geschwülste müsse auf Grund der Beobachtungen zahlreicher Autoren verlassen werden, denn nur ausnahmsweise nähmen die Nasenrachenfibrome ihre Insertion im Nasenrachenraum.

H. theilt zwei einschlägige Fälle mit, welche er operativ zur Heilung gebracht hat, den einen auf innerem, den anderen auf dem äusseren Wege. Seine Anschauungen gehen dahin, dass das Nasenrachenfibrom eine relativ seltene Affection sei, dessen Diagnose auch früh genug gestellt werden könne, um durch eine frühzeitige Operation ausgedehnte Zerstörungen zu vermeiden. Eine Hauptsache sei für die Behandlung eine genaue Feststellung des Sitzes der Geschwulst, ihres Volumens, ihrer Ausgangsstelle und Entwickelung; die Radiographie könnte dabei zu statten kommen. Man müsse auf chirurgischem Wege interveniren und den Tumor so radical als möglich entfernen (französische Schule). Die in Deutschland angepriesene Methode mit Galvanokaustik und Elektrolyse sei für Recidive zu reserviren, sowie ganz bei Beginn der Entwickelung der Affection.

Die Chirurgie auf natürlichem Wege mit den Escat'schen Instrumenten reservire man für Tumoren vom klassischem Typus; wenn aber die Insertion sich an der hinteren Choanenöffnung in der Regio sphenoethmoid. befinde, so müsse man auf äusserem Wege gründlich interveniren, Sieb- und Keilbein eröffnen und alle Höhlen blosslegen, da sie häufig dem Auge beginnende Recidive verbergen.

BAYER.

58) **Thomas Guthrie. Eine Methode zur Entfernung von Nasenrachenfibromen. (A method of removing naso-pharyngeal fibromata.)** *Lancet. 29. October 1910.*

Es wird ein Theil des Processus frontalis des Oberkiefers mittels einer Incision von der Nase entfernt, dadurch wird die Apertura piriformis so erweitert, dass der Tumor mittels eines Elevatoriums, das durch die Nase eingeführt wird, losgelöst werden kann.

A. J WRIGHT.

59) **Orioli. Casuistischer Beitrag zur Therapie der Nasenrachenfibrome. (Contributo casuistico alla terapia dei fibromi naso-faringei.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1909.*

Mittheilung von vier Krankengeschichten. Uebersicht über die Literatur der letzten Jahre.

CALAMIDA.

c. Mundrachenhöhle.

60) **Andereya** (Hamburg). **Offen gebliebener Ductus thyreoglossus.** *Klin.-therap. Wochenschr. No. 23. 1910.*

Empfehlung der radicalen operativen Entfernung, da sonst Recidive auftreten.

HANSZEL.

61) **Julius H. Comroe. Offenbleiben und Erkrankungen des Ductus thyreoglossus. (Patent thyro-lingual duct and its affections. Report of cases. Uses of x-rays.)** *Pennsylvania Medical Journal. März 1910.*

Bericht über drei Fälle. Offenstehen des Ductus thyreoglossus kann Jahre hindurch völlig unentdeckt bleiben und lenkt dann plötzlich durch das Auftreten objectiver Symptome die Aufmerksamkeit auf sich. Das Offenstehen des Ductus kann nicht durch unvollständige Operationen oder durch irgend welche Art von Cauterisation oder Curettage beseitigt werden; es muss vielmehr der ganze Ductus ausgeschnitten und die Hautfistel von dem darunter liegenden subcutanen Gewebe freigemacht werden. In allen Fällen, wo die Operation contraindicirt ist oder verweigert wird, sowie zur Unterstützung bei allen Operationen sollen die Röntgenstrahlen angewandt werden. EMIL MAYER.

62) **Hermann Goldbladt** (Kiew). **Zur Symptomatologie der Hysterie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1910.*

G. macht darauf aufmerksam, dass ein charakteristisches Symptom der Hysterie in einem subjectiven, lästigen Gefühl von Trockenheit im Munde, zuweilen auch im Rachen bestehe, und je ausgeprägter das Krankheitsbild sei, um so seltener fehle. Es bilde die häufigste hysterische Beschwerde seitens der Mundhöhle. „Ob es sich hierbei um eine Parästhesie im Sinne einer Sensibilitätsstörung oder möglicherweise um, bei Hysterischen bisweilen festgestellte Verminderung der Speichelabsonderung handle", bedürfe weiterer Untersuchung.

Ein weiteres, in der Literatur nicht erwähntes Symptom sei vasomotorischer Natur. Das Wangenroth der hysterischen Individuen habe vielfach einen etwas ödematösen Charakter und leicht bläulichen Farbenton. HECHT.

63) **W. Mazurkiewicz. Ueber Contrasterscheinungen der Speichelsecretien.** *Pflüger's Archiv. Bd. 132. S. 632. 1910.*

Es giebt keine Specifität der Geschmacksendigungen. Die Reaction ist abhängig von quantitativen Verhältnissen. Eine jede Geschmacksempfindung erhält nur vom Empfangsorgan eine bestimmte Berührungscharakteristik.

J. KATZENSTEIN.

64) **J. P. Backer** (Amsterdam). **Sialodochitis chronica duplex.** *Nederl. Tijdschrift f. Geneesk. II. No. 9. 1910.*

Demonstration eines Patienten mit einer seit einigen Jahren bestehenden starken Schwellung der beiden Parotiden. Die Schwellung ist nicht schmerzhaft und wechselt ein wenig an Grösse. Die Consistenz ist nicht überall die gleiche; als wenn kleine Cysten in den Drüsen anwesend wären. Der linke Ductus Stenonianus ist stark verdickt und als ein harter Strang zu fühlen; auch der rechte Ductus ist, wenn auch etwas weniger, verdickt. Keine Kaustörungen. Nach Entfernung des Kunstgebisses sind an der Schleimhaut die Reste einer chronischen Entzündung zu sehen. Diese Stomatitis ist sehr heftig gewesen, aber verschwunden, nachdem vor einigen Wochen etwa 15 nekrotische Zahnwurzeln extrahirt worden sind. Auf beiden Seiten ist die Mündung des Ductus Stenonianus etwas roth. Bei Druck auf Parotis und Speichelröhre entleert sich ein wenig wässeriger Speichel

mit einzelnen kleinen weissen Flocken. Sondiren gelingt nicht. Die Entzündung erstreckt sich wahrscheinlich bis in die Verzweigungen des Ductus. Von Speichelsteinbildung, der gewöhnlichen Ursache von Sialodochitis, besteht kein einziges Symptom. Als Ursache muss also wohl die heftige, durch faulende Zahnwurzeln unter einer Prothese verursachte Gingivitis angesehen werden. H. BURGER.

65) **E. Strelitz** (Berlin). **Ueber acute Parotisschwellung.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 49. 1909.*

Plötzlich auftretende schmerzlose Anschwellung der linken Parotisgegend bei 67jährigem Patienten, die auf Abknickung, vielleicht auch Verletzung des Ductus Stenonianus zurückgeführt wird. HEGENER (ZARNIKO).

66) **v. Haberer** (Wien). **Parotishämangiom.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 93. 1910.*

Tumor bei einem 4 Monate alten Mädchen der rechten Parotis angehörend entfernt. SEIFERT.

67) **Schönborn** und **Beck** (Heidelberg). **Speicheldrüsenerkrankung und Myopathie.** *Mittheil. aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. 22. Heft 3. 1910.*

Bei einem 44jährigen Landwirth kam es zu einer symmetrischen Schwellung der grossen Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Sublinguales) und fast gleichzeitig mit dieser ging einher eine Volumzunahme der Muskulatur, besonders des Mundbodens, der Zunge, der Oberarm- und Schultermuskeln ohne entsprechende locale Kraftzunahme, dann gesellte sich noch eine allgemeine zunehmende Mattigkeit und Kachexie hinzu. Bei dem Mangel einer anderen Aetiologie und bei dem Bestehen einer gewissen Aehnlichkeit mit anderen Toxikosen denken die Verff. an die Möglichkeit einer toxischen Entstehung (durch die erkrankte Speicheldrüse selbst?) SEIFERT.

68) **Bergengrün** (Kissingen). **Osteomyelitis des Gesichtsskeletts im Zusammenhange mit dem Epithelstrang der Gaumenrhaphe eines Neugeborenen.** *Festschrift für Unna. 1910.*

Bei dem neugeborenen Knaben war etwa am 9. Lebenstage eine zum Exitus führende septisch-osteomyelitische Erkrankung des Gesichtsskelettes mit allergrösster Wahrscheinlichkeit von der Gaumenrhaphe und zwar von dem in derselben verlaufenden Epithelstrange ausgegangen. SEIFERT.

69) **S. Kano. Ueber das Epithel des weichen Gaumens; zugleich ein Beitrag zur Lehre von den intraepithelialen Drüsen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Die orale Fläche des weichen Gaumens ist mit einem geschichteten Pflasterepithel überzogen. Diese Epithelschicht ist individuell verschieden dick. Auf der nasalen Fläche hat das Plattenepithel nur etwa $1/3$ der Dicke, die es in der Mitte der oralen Fläche aufweist. Bei dem Fötus fand sich das geschichtete Plattenepithel in seiner ganzen Ausdehnung ungefähr gleich dick, plötzlich verjüngt sich die Epithelschicht beim Uebergang zum geschichteten Flimmerepithel.

Beim Erwachsenen ist die nasale Fläche der Uvula und, verschieden weit nach vorn reichend, der hintere Theil des weichen Gaumens mit Plattenepithel bedeckt, der Rest mit geschichtetem Flimmerepithel. Bei dem Embryo und beim Neugeborenen dagegen erstreckt sich das Plattenepithel nur bis zu der Umbiegung von der unteren zur nasalen Fläche des weichen Gaumens und der Uvula, die ganze nasale Fläche dagegen trägt Cylinderepithel. Die intraepithelialen Drüsen finden sich nur im Bereiche des geschichteten Cylinderepithels und namentlich in dem der Nase benachbarten Bezirk. Verf. fand dieselben nicht nur beim Erwachsenen, sondern auch beim Neugeborenen und bei dem Embryo, dagegen fehlten sie bei Katze und Kaninchen.

Die Entstehung der intraepithelialen Drüsen vollzieht sich dadurch, dass die vorhandenen Becherzellengruppen sich einsenken, und dass, je höher dss Epithel wird, desto ausgesprochener ein als Ausführungsgang thätiger, von Flimmer- und und vereinzelten Becherzellen, also von typischem Oberflächenepithel, ausgekleideter Canal von den Schleimzellgruppen zur freien Oberfläche sich ausbildet.

Da sich im oralen Theil reichlich infraepitheliale Drüsen befinden, im Bereiche des Flimmerepithels jedoch nur sehr spärlich, so kann man die intraepithelialen Drüsen als vicariirenden Apparat bezeichnen, um die betreffenden Epithelabschnitte mit einer genügenden Schleimschicht zu versorgen.

WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

70) **F. A. Meyer** (Amsterdam). **Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rachenwand. (Vergroeiing van palatum molle met pharynxwand.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 599. 1910.*

Ein Fall von fast vollständiger Verwachsung vom weichen Gaumen mit der Rachenwand nebst einem grossen Defect des harten Gaumens. Die Behandlung soll eine prothetische, dilatierende sein.

H. BURGER.

71) **Lewis S. Somers. Bedeutung des Oedems des Gaumensegels. (Significance of edema of the soft palate.)** *Journal American Medical Association. 10. September 1910.*

Verf. behauptet, der häufigste und gewöhnlichste Typus des Oedems des Gaumensegels und der Uvula sei der durch excessiven Stimmgebrauch verursachte. Er bespricht dann das Oedem als Begleiterscheinungen allgemeiner Erkrankungen, wie Rheumatismus, Grippe etc., sowie lokaler Affectionen, wie Peritonsillarabscess; ferner als directe Folge von Traumen, als Nebenerscheinung bei geschwürigen Processen in Mund- und Rachenhöhle. In einigen Fällen tritt es als Prodromalsymptom des acuten Gelenkrheumatismus auf; es findet sich fast stets bei Erysipel und septischer Infection des Rachens. Bei Nephritis kann Oedem der Uvula das einzige Symptom einer herannahenden Urämie sein; bei Scharlach kann es sowohl eine Folge der localen Infection wie ein Zeichen der toxischen Nephritis sein.

EMIL MAYER.

72) **T. Dreher. Ueber Gaumenspalten.** *Dissert. Berlin 1909.*

Verf. berichtet äber 110 Fälle von congenitaler Gaumenspalte, die an der Berliner Universitätsklinik in den letzten 10 Jahren operirt wurden, meist nach der

Langenbeck'schen Methode, in den letzten Jahren öfters aber auch nach der Billroth'schen Modification. 67 (60,9 pCt.) wurden vollständig geheilt, oder soweit hergestellt, dass nur noch kleine Defecte blieben, die zum Theil später sich spontan schlossen. In 25 Fällen (26,63 pCt.) war der Erfolg nur ein theilweiser. Bei 13 (11,82 pCt.) war die Operation erfolglos und 4 (3,6 pCt.) starben einige Tage nach der Operation.

Nicht besonders befriedigend war das functionelle Resultat. Von den 110 Patienten konnten 72 nach längerer Zeit wieder untersucht werden. Nur 25 sprachen vollkommen deutlich und richtig. Das functionelle Ergebnis ist nicht nur von den anatomischen Verschiedenheiten und der Intelligenz des Patienten, sondern auch wesentlich davon abhängig, ob nach der Operation Sprachunterricht genossen wird. Dies war unter den 72 Patienten nur bei 21 der Fall.

Als Zeitpunkt der Operation empfiehlt D. das 2. bis 6. Lebensjahr (sehr geringe Mortalität und günstiger Zeitpunkt zur Einleitung des Sprachunterrichtes).

OPPIKOFER.

73) **Helbing** (Berlin). **Neues zur Technik der Gaumenspaltenoperationen.** *Centralblatt f. Chirurgie. Bd. 98. 1910.*

Annäherung der beiden Oberkiefer auf blutigem Wege durch die temporäre theilweise Resection des Oberkiefers.

SEIFERT.

74) **v. Lobmayer** (Budapest). **Vereinfachung der Naht des Wolfsrachens.** *Centralblatt f. Chirurgie. Bd. 98. 1910.*

Um die zusammengehörigen Fäden leichter zu finden, wurde der Faden mit in der Histologie gebräuchlichen Färbemitteln gefärbt.

SEIFERT.

75) **K. Orleanski. Zur Frage der Anatomie und Chirurgie der Tonsillen. (K woprosu atomii i kirurgii mindakewidnich sheles.)** *Dissert. Moskau 1909.*

Die Arbeit stammt aus der Klinik von S. v. Stein für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten und stellt eine werthvolle Monographie dar.

Auf zahlreichen Durchschnitten, die von gefrorenen Leichen gewonnen wurden, wird die topographische Anatomie der Mandeln und deren Umgebung festgestellt, namentlich werden die Verhältnisse des Spatium pharyngo-mandibulare zu den grossen Gefässen, den Muskeln und den Fascien eingehend beschrieben.

Um die Verhältnisse bei peritonsillären Abscessen nachzuahmen, wurde Gelatine in das peritonsilläre Gewebe injicirt und auf Gefrierdurchschnitten die Verbreitungsweise ermittelt.

Jede Leiche wurde in Serienschnitte zerlegt, was besonders bequem den Abstand der einzelnen Organe von einander so zu sagen kinematographisch vorführen lässt.

In Bezug auf das Spatium pharyngo-maxillare kommt Autor zu dem Schluss, dass die grossen Gefässe im hinteren Abschnitte desselben liegen und in den Bereich der Abscesse nicht hineingezogen werden können. Das Vordringen des Eiters verhindern der Proc. styl. mit den an ihm haftenden Muskeln.

Um die Ursachen der Blutungen nach Tonsillotomien klar zu legen, wurden an Leichen von Kindern und Erwachsenen die Lage der Gefässe, sowohl der Arterien wie auch Venen verfolgt. Am verfänglichsten erscheint Autor die Nachbarschaft der A. lingual. u. maxill. ext., ausserdem einiger kleiner Gefässe in der Kapsel.

In diesem Capitel werden ausserden alle Fälle von Blutungen in den letzten 60 Jahren aus der Literatur zusammengestellt.

Als zuverlässigste Mittel zur Blutstillung wird die Naht der Gaumenbögen empfohlen; bei nichtarteriellen schwächeren Blutungen Chromsäure.

Zur Präparirung der Lymphwege wurden hauptsächlich Kinderleichen genommen und mit warmem Wasser (40—45°) vorbehandelt. Im Verlauf der Lymphbahnen beschreibt Autor abweichend von Most und anderen Forschern ein Gefäss, das sich an den hinteren Rand der Schilddrüse anlegt. Ferner gelang es dem Autor wiederholt, den Verlauf der Lymphgefässe der Gaumenmandeln an die äussere Seite der Sublingualdrüsen zu verfolgen, wobei enge Verbindungen der Lymphwege mit dem Periost der Kiefer festgestellt wurden.

P. HELLAT.

76) **A. R. Elliot. Die secundären Intoxicationen bei chronischer Mandelerkrankung. (The toxic secondaries of chronic tonsillar disease.)** *N. Y. Medical Record. 15. Mai 1909.*

Ausser den specifischen Erkrankungen, wie Endocarditis, Rheumatismus, Scharlach, Tuberculose, die von den Tonsillen ihren Ursprung nehmen können, können durch Aufnahme von Toxinen aus den erkrankten Tonsillen auch nichtspecifische und weniger virulente Erkrankungen des Organismus entstehen. Verf. führt als solche an: einfache Anämie, Furunkulose, Herpes, Erythema; auch Bright'sche Krankheit, Diabetes, Arteriosklerose, Myocarditis können durch langdauernde Toxämie geringen Grades verursacht werden.

EMIL MAYER.

77) **R. P. Campbell. Die Spirochaeta pallida in ihrer Beziehung zu den Tonsillen. (The spirochaeta pallida its relation to the tonsil.)** *Journal American Medical Association. 14. Mai 1910.*

Nach den Erfahrungen des Verf. ist es möglich, die Spirochaeta pallida im Serum der Tonsille bei 80—99 pCt. aller Patienten mit unbehandelter secundärer Syphilis zu finden. Dies ist der Fall von der Periode der Drüsenschwellung an bis zum Ende der activen Secundärsymptome oder bis sich die Wirkung der Behandlung geltend macht. Die Untersuchung hat sich in einer Anzahl von Fällen früher secundärer Lues als diagnostisch werthvoll erwiesen.

EMIL MAYER.

78) **W. Hirose. Ein Fall von Tonsilla pendula tuberculosa.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XV. Heft 1. 1909.*

Bei einer 26jährigen tuberculösen Frau sah H. eine gestielte fingerspitzgrosse Tumorbildung aus dem oberen Theil der rechten Gaumentonsille. Bei histologischer Untersuchung der operativ entfernten Tumormasse fand H. einen tuberculösen Herd und atrophirtes Tonsillargewebe, aber Tuberkelbazillen konnten nicht constatirt werden. Auf der hinteren Fläche des Tumors befand sich eine kleine epithellose geschwürige Stelle. H. glaubt, dass der tuberculöse Herd durch

Metastase oder Infection aus anderen Organen in einer pendelartigen Tonsille zu Stande gekommen wäre und die Vergrösserung der letzteren verursacht hätte.

INO KUBO.

79) **G. F. Still. Vergrösserte Tonsillen und Adenoide. (Enlarged tonsils and adenoids.)** *Clinical Journal. 9. November 1910.*

Ist die Entfernung der Tonsillen angezeigt, so empfiehlt es sich, die Tonsillectomie zu machen.

A. J. WRIGHT.

80) **Max Ruprecht** (Bremen). **Technische Bemorkung über dio Spritze und die Kanülen zur Injectionsanästhesie der Gaumenmandeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Ergänzung zu dem Aufsatz im letzten Heft dieses Archivs.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

81) **Sylvan Rosenheim. Eine Zange zur Unterdrückung der Tonsillarblutung. (A forceps for the control of tonsillar haemorrhage.)** *The Laryngoscope. Juli 1910.*

Die Zange fasst die blutende Stelle und gleichzeitig kann man diese mit einem an ihr befestigten Catgutfaden unterbinden.

EMIL MAYER.

82) **Curtis C. Eves. Eine einfache Tonsillenschlinge. (A simple tonsil snare.)** *Journal American Medical Association. 30. April 1910.*

Beschreibung des Instrumentes.

EMIL MAYER.

83) **Caldera. Ein neuer Haken, um den vorderen Gaumenbogen von der Mandel während der Exstirpation derselben zu trennen. (Sur un nouveau archet pour éloigner le pilier antérieur du voile du palais pendant le morcellement de l'amygdale.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 2. 1910.*

Dieser Haken soll besser sein, als alle seine Vorgänger (zu beziehen bei Spinelli-Turin).

LAUTMANN.

84) **William Milligan** (Manchester). **Einige practische Punkte in der Chirurgie der Tonsillen. (Some practical points in the surgery of tho tonsil.)** *The Medical Chronicle. Mai 1910.*

Nach kurzer Darstellung der Anatomie und Physiologie der Tonsillen bespricht Verf. die verschiedenen Operationsmethoden; er selbst zieht die Enucleation der Tonsillotomie vor und macht die Operation in allgemeiner Narkose. Er befreit die Kapsel von ihren Verbindungen mit dem vorderen und hinteren Gaumenbogen mittels eines rechtwinkligen hakenförmigen Messers und vervollständigt dann die Operation mit Finger, Scheere oder Messer. Die Blutung ist geringer als nach der Tonsillotomie.

A. LOGAN TURNER.

d. Diphtherie und Croup.

85) **William G. Bissell. Diphtheriebacillenträger. (Diphtheria bacilli carriers.)** *N. Y. Medical Journal. 27. August 1910.*

Verf. ist der Ansicht, man müsse, um eine Epidemie wirksam zu bekämpfen, alle Bacillenträger in Quarantäne halten, ganz gleich, wie die Virulenz der Bacillen sei; die Bacillenträger seien für die Weiterverbreitung der Krankheit eine grössere Gefahr als die zur Zeit selbst Erkrankten. EMIL MAYER.

86) **Dunbar Roy. Nasendiphtherie. (Nasal diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 6. August 1910.*

Man ist geneigt, Synechien zwischen Muschel und Septum meist auf vorangegangene operative Eingriffe, vor allem Galvanokaustiken, zurückzuführen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass sie bisweilen auch die Folge einer membranösen Rhinitis sein können. In einem seiner Fälle gelang es ihm trotz grösser Achtsamkeit nicht, das Zustandekommen einer solchen Verwachsung zu verhüten. Wenn ein Kind „erkältet" ist und am Naseneingang Excoriationen und öfter Nasenbluten hat, soll man immer an die Möglichkeit des Bestehens einer membranösen Rhinitis denken. EMIL MAYER.

87) **David H. Orgel. Primäre Streptokokkendiphtherie. (Primary streptococcus diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. August 1910.*

Verf. ist der Ansicht, dass die schwere Form der primären Streptokokkendiphtherie häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt. Complicirende Cervicaldrüseneiterung ist häufig und acute exsudative Nephritis kommt in allen schweren Fällen vor und wird bisweilen chronisch. Für die Behandlung hat Verf. nur Desinfection des Mundes und der Nase und Stimmlippen wirksam gefunden. Diphtherieserum, selbst in hohen Dosen, hat keine Wirkung. Verf. lässt die Mundhöhle mit H_2O_2-Lösung aussprayen, Mund und Nase mit Salzlösung ausspülen und eine Eisblase um den Hals legen. EMIL MAYER.

88) **D. Rolleston. Maligne Diphtherie mit multiplen Erscheinungen bei einem Säugling. (Malignant diphtheria with multiple lesions in an infant.)** *Lancet. 24. September 1910.*

Es bestanden Diphtheriemembranen in der Nase, auf der Mundschleimhaut nahe den Mundwinkeln, auf den Tonsillen, Gaumenbögen und der Uvula, auf den Labia majora und in der Umgebung des Anus. Drei Tage hintereinander wurden je 12000 I.-E. gegeben. Der Tod erfolgte am 6. Krankheitstage.

Von 7285 im Grove Fever Hospital in London von August 1899 bis December 1909 aufgenommenen Diphtheriefällen waren nur 76 (1,04 pCt.) unter einem Jahre alt; von diesen betreffen nur 4 — den hier mitgetheilten Fall eingerechnet — Kinder unter 2 Monate. Die Mortalität der unter einem Jahr alten Kinder betrug 36,8 pCt. A. J. WRIGHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **O. Thorsteinsson. Ueber Diaphragma congenitum laryngis. (Om Diaphragma congenitum laryngis.)** *Dansk Klinik. No. 13. 1910.*

Der Verf. hat aus der Literatur 32 Fälle von Diaphragmabildungen im Kehlkopfe gesammelt und theilt einen in Schmiegelow's Klinik beobachteten Fall mit, der einen 41 jährigen Mann betraf, der ein angeborenes Diaphragma im oberen Theil des Kehlkopfes hatte. Dieses erstreckte sich quer über den Kehlkopf, schloss die vordere Hälfte und reichte bis zu den freien Rändern der falschen Stimmbänder. Das Diaphragma war weich und hinten concav. In der Farbe stimmte es mit der umgebenden Schleimhaut überein. Der Patient war etwas heiser, sonst war aber die Stimme kräftig. Die Respiration war immer vollständig frei und Patient starb an einer anderen Krankheit, ohne dass das Diaphragma ihn belästigt hätte. E. SCHMIFGELOW (L. MAHLER).

90) **K. J. Platonow. Hysterische Echokinesia und Echolalia.** *Russ. med. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 10. S. 417. 1910.*

Verf. beschreibt entsprechnede Fälle von Bayer, Charcot, Bernheim und führt eigene an, in denen er das typische Bild der Echokinesie und Echolalie beobachtete. Besonders wichtig sind die bei Hypnotisirten beobachteten Echolalien: Alle Worte, die der Hypnotiseur in griechischer, lateinischer und hebräischer Sprache äusserte, Prosa, Verse, alles wurde mechanisch und genau von der Versuchsperson wiederholt. J. KATZENSTEIN.

91) **H. E. Knopf** (Frankfurt a. M.). **Was muss der Hausarzt von den Sprachstörungen wissen?** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Kurze Uebersicht über Entstehung und Definition der wichtigsten Sprach- und Stimmstörungen. HEGENER (ZARNIKO).

92) **G. Hudson Makuen. Die Behandlung des Stotterns. (The treatment of stammering.)** *Journal American Medical Association. 3. September 1910.*

Verf. legt die Principien dar, nach denen die allein wirksame allgemein-psychische Behandlung der Stotterer eingerichtet werden muss. EMIL MAYER.

93) **J. Seemann** (Giessen). **Neue Aufnahme der menschlichen Stimme.** *Zeitschr. f. biologische Technik u. Methodik. 1908—1910. Bd. I.*

Verf. hat mit Frank'schen Kapseln eine grössere Reihe von Aufnahmen gesprochener Worte und ganzer Sätze gemacht, und dabei gleichzeitig registrirt:

1. Die Schwingungen der tönenden Luft selbst;
2. die Schwingungen des Kehlkopfes, und meistens
3. die Bewegungen der Organe, die an der Bildung der Verschluss- und engen Stellen bei der Konsonantenarticulation betheiligt sind (Lippen, Zunge-Gaumen, Zunge-Zähne u. s. w.) WILH. SOBERNHEIM.

94) **M. Scheier** (Berlin). **Zur Physiologie der Stimme und Sprache.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Schilderung der Schwierigkeiten, die sich der Aufnahme eines Röntgenphotogrammes der Gebilde des Ansatzrohres entgegenstellen. Sch. ist es durch Anwendung des „Grissonators“ gelungen, die Dauer auf 1—2 Sek. abzukürzen und dadurch zu besseren Resultaten zu gelangen. HEGENER (ZARNIKO).

95) **Gleitsmann** (New-York). **Ueber Pharynxstimme.** *Festschrift zur 40jährigen Stiftungsfeier des deutschen Hospitals in New-York 1909.*

Ein Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom, bei welchem in Aussicht genommen war, an dem Patienten nach seiner Genesung Sprechübungen vorzunehmen, gab behufs Erreichung einer Pharynxstimme Gleitsmann Veranlassung, die Bedingungen zu besprechen, unter welchen die Bildung einer Pharynxstimme möglich ist. Dazu gehört ein unwillkürlich, von dem Pat. aber meistens willkürlich erzeugter Windkessel, ein Luftbehälter, ein Hypopharynx und eine oberhalb desselben sich befindliche verengerte Stelle, die so beschaffen ist, dass bei der stattfindenden Emission der Luft in dort vorhandenen Geweben, Narbensträngen, Schleimhautfalten u. dergl. Vibrationen hervorgerufen werden, welche imstande sind, einen wirklichen Ton zu erzeugen. SEIFERT.

69) **John W. Boyce** und **A. A. Maclachlan. Das Zwerchfell bei der Stimmbildung. Eine Studie auf dem Fluorescenzschirm. (The diaphragma in tone production. A fluoroscepic study.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Bei allem anhaltenden Sprechen bewegt sich das Zwerchfell nach oben in den Thoraxraum; producirt man aber einen einzeln scharf staccirten Ton mit Ausstossung einer erheblichen Luftmenge, so macht das Zwerchfell eine scharfe Excursion nach abwärts, steigt dann prompt wieder aufwärts und fährt in der Aufwärtsbewegung fort, bis ein neuer Explosivton producirt oder geathmet wird. Dieses Abwärtsschnellen scheint bedingt durch das plötzliche Ansteigen des intrathorakalen Luftdrucks unmittelbar vor dem Ausstossen des Explosivtones.

Verff. zweifeln nicht, dass der Zustand des Zwerchfells bei der Exspiration zur Tonbildung oder beim passiven Athmen keine Contraction sein kann; denn es kann nicht contrahirt sein und gleichzeitig nach oben in die Brusthöhle steigen.

EMIL MAYER.

97) **Holger Mygind. Störungen der Singstimme, mit besonderer Berücksichtigung der Ursachen. (Forstyrrelser af Sangstemmen med saerligt Hensyn til dens Aarsager.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 25. 1910.*

Auf Grund von Erfahrungen bei 250 Patienten, von denen 58 männlichen und 192 weiblichen Geschlechts waren, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Frauen diesem Leiden bedeutend häufiger ausgesetzt sind als die Männer. Es fand sich in 70 pCt. Chlorose. Eine direkte Ursache ist die Ueberanstrengung der Singstimme, meistens in Verbindung mit unzweckmässigem Gebrauch derselben. Zum Schluss giebt Mygind eine Uebersicht über die verschiedenen pathologischen Zustände in den oberen Luftwegen, die Störungen der Singstimme bewirken können.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

98) **Trueste** und **Tapia** (Madrid). **Ein Fall von hysterischer Stummheit. (Un caso de mutismo histérico.)** *Revista espanola de Laringologia. September-October 1910.*

In diesem Fall war die Stummheit begleitet von Zungenlähmung und Trismus. Es war keine Anästhesie in der der Broca'schen Zone entsprechenden Region vorhanden. Suggestion brachte alle Erscheinungen zum Verschwinden.

A. J. TAPIA.

99) **D. Navratil. Ueber die Anastomose des Nervus laryngeus inferior mit dem Ramus descendens des Hypoglossus mittelst Nervennaht nach Foramitti. (Sur l'anastomose du nerf laryngé inf. avec la branche descendante de l'hypoglosse par suture nerveuse d'après la méthode de Foramitti.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXXI. No. 1. 1910.*

Ein 2 Seiten langer Aufsatz, der nur als vorläufige Mittheilung bestimmt, die obengenannte Nervenanastomose in Anregung bringt. Navratil hat dieselbe bisher an 4 Hunden ausgeführt und wie es scheint mit gutem Erfolge.

LAUTMANN.

100) **Tapia** (Madrid). **Doppelseitige Lähmung des N. laryngeus superior und des Hypoglossus. (Paralisis bilateral del laringeo superior y del hipogloso.)** *Revista espanola de laringologia. September-October 1910.*

Die Lähmung war bulbären Ursprungs, wahrscheinlich Folgen einer Blutung.

A. J. TAPIA.

101) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der Syringomyelie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 34. 1909.*

Der 39jähr. Pat. zeigte Posticusparalyse links, Posticusparese rechts, Hemiatrophie der Zunge rechts, Parese der rechten Gaumenhälfte, daneben typische Zeichen von Syringomyelie. — Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle und ihrer einschlägigen Krankheitserscheinungen.

ZARNIKO.

102) **K. Miura. Ein Fall von Recurrenslähmung bei Beriberi-Krankheit mit anatomischem Befunde.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. 15. Heft 5. 1909. Deutsche med. Wochenschr. No. 30. 1909.*

M. fand folgende Veränderungen bei mikroskopischen Untersuchungen von Nn. vagus und recurrens sowie intralaryngealen Muskeln, welche er von der Leiche eines 20jährigen an Beriberi gestorbenen Studenten bekam. Die obengenannten Nerven zeigen deutliche Veränderungen der Fibrillen, aber die Veränderungen sind stärker beim N. recurrens als beim N. vagus. Die Muskeln zeigen mehr oder minder Veränderungen besonders in Mm. cricoarythenoid. post. und cricothyreoid. Vaguskern in Medulla oblongata zeigt keine Veränderung. Bei Lebzeiten des Patienten fand man klinisch Lähmung der Nerven der Extremitäten, des Gesichtes und des N. recurrens auf beiden Seiten. Die Recurrenslähmung bei Kakke ist daher als Polyneuritis zu betrachten, welche gewöhnlich feine peripherische Nervenfasern angreift und hat mit dem Semon'schen Gesetze nichts zu thun.

INO KUBO.

103) **Fernandez Sanz** (Madrid). **Ein Fall von halbseitiger Lähmung von Kehlkopf und Zunge. Tapia's Symptomencomplex. (Un caso de hemiplegia glosolaringea; syndroma de Tapia.)** *Revista espanola de laringologia. Juli-August 1910.*

Es handelte sich um ein Carcinom am Halse, das den Hypoglossus und Vagus comprimirte und dadurch die Lähmung zu Stande gebracht hatte. A. J. TAPIA.

104) **Ramirez Santaló. Totale Recurrenslähmung peripheren Ursprungs. (Paralisis recurrencial total de origen periferico.)** *Boletin de laringologia. September-October 1910.*

Bericht über zwei Fälle. A. J. TAPIA.

105) **G. C. Bolten** (Haag). **Doppelseitige „Posticuslähmung" und Accessoriuslähmung nach Erhängungsversuch. (Dubbelzydige „Posticus"- en accessoriusverlamming na poging tot ophanging.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 555. 1910.*

Nach einem misslungenen Erhängungsversuch wird der 53jährige Patient in bewusstlosem Zustande ins Spital aufgenommen. Am nächsten Tage, als sich das Bewusstsein wieder ziemlich hergestellt hatte, entstand ein plötzlicher Erstickungsanfall, welcher die Tracheotomie nothwendig machte. Bald nachher wurde (von Cohen Tervaert) eine doppelseitige Posticuslähmung festgestellt, für welche eine Ursache nicht zu ermitteln war: Nichts am Halse; im Röntgenbilde nichts Abnormes. Als Pat. sich etwas mehr zu bewegen anfing, zeigte sich, dass er die Arme fast gar nicht aufheben konnte. Es bestand eine erhebliche degenerative Atrophie der beiden Cucullares und in geringerem Maasse auch der Sternocleidomastoidei; die beiden Nervi accessorii Willisii zeigten fast vollständige Entartungsreaction. Einen Monat nach dem Vorfall war die Posticuslähmung noch unverändert. Indessen kam allmählich einige Besserung: nach einem weiteren Monat hatten die Cucullares an Volumen etwas zugenommen; noch einige Wochen später war der rechte Posticus wieder ganz in Ordnung, links nur noch wenig paretisch, während die Cucullares und Sternocleidomastoidei sich langsam erholten.

Was die Deutung des Falles anlangt, so bestand, nebst einer beiderseitigen „Posticuslähmung", eine vollständige Lähmung der beiden Nervi accessorii. Eine Läsion des Stammes oder der Kerne mit den Wurzeln der Vagi ist auszuschliessen, da eine Läsion der Halswirbelsäule fehlte und ausser der Posticuslähmung der Vagus absolut intact war. Eine isolirte Druckneuritis der beiden Laryngei inferiores ist gleichfalls sehr unwahrscheinlich, mit Rücksicht auf die tiefe Lage dieser kleinen Muskeln. Es liegt am meisten auf der Hand anzunehmen, dass die — durch Druck gegen die Wirbel sehr leicht zu verursachende — Druckneuritis des Accessorius gleichfalls die Ursache der Posticuslähmung gewesen.

Obgleich die Beweiskraft dieses Falles — wie der Autor hervorhebt — durch das Fehlen der pathologisch-anatomischen Untersuchung beeinträchtigt wird, so scheint doch derselbe für die alte Auffassung des Accessorius als motorischen Nervs der Stimmbänder zu plädiren. H. BURGER.

106) **J. W. Gleitsmann. Chordectomie wegen doppelseitiger Abductorlähmung. (Cordectomy for bilateral abductor paralysis.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Pat. datirt seine Erkrankung seit August 1907, als ein Strom von 220 Volt durch seine rechte Hand ging, ohne dass unmittelbare Schädigung danach zu constatiren war. Einige Tage später zeigte sich Schwäche und Taubheitsgefühl der rechten Hand, der rechten Körperhälfte überhaupt, gleichzeitig Störungen beim Athmen und Sprechen, die allmählich zunahmen. Als Pat. in das Hospital kam, bestand leichte Parese des Gesichts und der rechten Hand. Es wurde eine beiderseitige Posticuslähmung constatirt; wegen der bestehenden Athemnoth Tracheotomie. Eine periphere Ursache für die Lähmung konnte nicht aufgefunden werden. Da Pat. wünschte, von der Canüle befreit zu werden, so wurde die doppelseitige Chordectomie nach Oeffnung des Kehlkopfes gemacht. Die Stimmbänder wurden mit der Grünwald'schen Zange sorgfältig am Ansatz am Schildknorpel abgeschnitten und hinten auch ein Theil des Processus vocalis geopfert. Nach einigen Tagen wurde die Canüle entfernt. Heilung ohne Zwischenfall.

Nach drei Wochen stellten sich wieder Athembeschwerden ein, als deren Ursache lebhafte Granulationsbildung an Stelle der entfernten Stimmbänder gefunden wurde. Endolaryngeale Entfernung dieser Granulationen. Nach zwei Tage anhaltendem Wohlbefinden plötzlicher Exitus, als dessen Ursache eine Pneumonie von fulminantem Charakter gefunden wurde. Die Untersuchung des Centralnervensystems ergab nichts Bestimmtes.

EMIL MAYER.

107) **A. Iwanow. Zur Frage der Regeneration der Stimmbänder. (A woprosu o regenerati golosowich strjasok.)** *Jeshemesjatschnik. No. 10. 1909.*

Autor entfernte mehrmals bei Perichondritiden Stimmbänder und beobachtete nach 2—4 Monaten Ersatzwülste. Dasselbe beobachtete er bei 8 Laryngostomirten, wo wieder zur Entfernung geschritten werden musste. Muskel und elastisches Gewebe fehlten in den Wülsten.

P. HELLAT.

108) **Blumenfeld** (Wiesbaden). **Zur pathologischen Anatomie der Stimmbänder.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. III. S. 225. 1910.*

Vortrag, gehalten in der 82. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg 1910. Das diesbezügliche Referat findet sich im Centralblatt f. Laryngologie. Bd. 26. S. 524.

OPPIKOFER.

109) **W. Okunew. Isolirter chronischer Katarrh der hinteren Kehlkopfwand und seine Bedeutung für die Sängerstimmen. (Isolirowanny chronitsch. Katarr sadnei stenki gortani i snatscheniji ewo dlja golosa pewzow.)** *Jeshemesjatschnik. No. 12. 1910.*

O. führt aus, dass die hintere Larynxwand vielfache Eigenthümlichkeiten anatomischer Natur besitzt, die ihre isolirte Erkrankung zulassen und zum Theil begünstigen. Nicht selten findet sich ein isolirter Katarrh dieser Gegend, welcher bisher nicht genügende Beachtung gefunden hat. Besonders wichtig ist der Katarrh für Sänger. Zur Bestätigung der theoretischen Erörterungen werden 4 Krankengeschichten mitgetheilt, in denen energische Behandlung der Hinterwand mit

Trichloressigsäure und Galvanokaustik die scheinbar für immer verlorene Stimme wieder erstehen liess.

P. HELLAT.

110) **G. Jean. Ueber die primäre phlegmonöse Laryngitis. (Laryngite phlegmoneuse primitive.)** *Dissert. Paris 1908.*

Zusammenstellung der Literatur und Beschreibung des Krankheitsbildes.

OPPIKOFER.

111) **Tapia** (Madrid). **Einige Betrachtungen über die Leukokeratose (Pachydermie) des Kehlkopfes nebst 4 Fällen. (Consideraciones à proposito de la leucoceratosis de la laringe [paquidermia] con motivo de cuatro casos.)** *Revista espaniola de laringologia. Juli-August 1910.*

Anatomisch-pathologische und klinische Studie über die durch schneeweisse Farbe, grosse Chronicität, höckerige Oberfläche, meist gutartigen Charakter gekennzeichneten Kehlkopfaffectionen.

AUTOREFERAT.

112) **Nobicourt** (Paris). **Hereditäre Syphilis des Rachens und Kehlkopfs. (Syphilis héréditaire pharyngo-laryngée.)** *Journal des Praticiens. 21. Mai 1910.*

13jähriges Kind, wegen Erstickungsanfälle, hervorgerufen durch gummöse Infiltration, in das Hospital eingeliefert. Heilung durch specifische Behandlung.

GONTIER de la ROCHE.

113) **Mouges** (Marseille). **Lepra laryngis. (Leprome laryngé.)** *Le Larynx. No. 1. Januar 1910.*

27jährige Frau, gebürtig aus Guadeloupe und seit dem 7. Lebensjahre leprös. Die Untersuchung des Larynx ergiebt, dass die Schleimhaut ihre normale rothe Farbe bewahrt hat, jedoch constatirt man die Anwesenheit von Knötchen, welche die Schleimhaut in Form ovaler Vorsprünge emporheben. Auch die Aryknorpel sind höckrig. Es finden sich Knötchen im Vestibulum laryngis, auf den Taschenbändern; ein ziemlich grosses Knötchen der linken Stimmlippe verursacht fast völlige Aphonie. Seine Abtragung bewirkt eine wesentliche Verbesserung der Stimme.

Die Beweglichkeit der Stimmbänder ist nicht beeinträchtigt. Die histologische Untersuchung bestätigt die Diagnose.

Es ist der dritte innerhalb 10 Jahren auf der Klinik Molinié's behandelte Fall; keiner von ihnen betraf einen Einheimischen.

GONTIER de la ROCHE.

114) **D. Schleifstein** (Warschau). **Laryngostomie bei Sklerom.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. No. 12. S. 1341. 1910.*

Sch. führte bei einem 33jährigen Patienten mit diffusem Larynxsklerom die Laryngostomie aus. $1^1/_2$ Jahre nach der Laryngostomie und 8 Monate nach der Plastik war die Athmung noch frei, die Stimme leise.

OPPIKOFER.

115) **H. Zwillinger** (Budapest). **Demonstration des vergrösserten Kehlkopfbildes.** *Orvosi Hetilap. No. 49. 1910.*

Zwillinger hat den von Brünings construirten anastigmatischen Kehlkopfspiegel der Zeisswerke in der Sitzung der Königl. Gesellschaft der Aerzte demonstrirt.

POLYAK.

116) **Levinger** (München). **Multiple Osteome der Luftröhre (klinisch durch directe Tracheotomie festgestellt).** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1910.*

Mittheilung des tracheoskopischen Befundes eines einschlägigen Falles, dessen Diagnose auch durch mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens gesichert wurde. Anschliessend kritische Besprechung der einschlägigen, in der Literatur niedergelegten Fälle. HECHT.

f. Schilddrüse.

117) **F. Laube. Zum Morbus Basedowii.** *Dissert. Berlin 1909.*

L. — seine Anschauungen stützen sich aber nur auf kleines eigenes Material — vertritt den Standpunkt, dass die interne Therapie des Morbus Basedowii, speciell die Serotherapie, in den meisten Fällen bei Geduld und Consequenz soweit zum Ziele führt, dass chirurgische Eingriffe unnöthig sind. OPPIKOFER.

118) **J. Broeckaert. Struma enophthalmica und Krebs mit Recurrensparalyse. (Goitres et cancers cervicaux enophtalmiques avec paralysie recurrentielle.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 53. 1910.*

Der Autor möchte die Aufmerksamkeit auf folgenden Symptomencomplex lenken: Verengerung der Lidspalte, Enophthalmus und Miosis als Folge der Compression des Sympathicus durch Tumoren des Halses, Struma, Schilddrüsenkrebs. Hierzu kommt noch, und dadurch gewinnt dieser Symptomencomplex unser specielles Interesse, eine Recurrensparalyse. Es werden viel Krankeitsfälle mitgetheilt, von denen der letzte ein Sarkom der Schilddrüse betrifft. Merkwürdigerweise betitelt Br. diesen Fall: Schilddrüsenkrebs (Cancer thyroidien) mit raschem Verlauf, und erst am Schlusse wird mitgetheilt, dass dieser Krebs eigentlich ein Sarkom ist. Der vielerfahrene Autor macht darauf aufmerksam, dass Sarkome der Schilddrüse seltener sind als Carcinome. LAUTMANN.

119) **Louis Dlugasch. Morbus Basedow Typhus vortäuschend. (Exophthalmic goiter simulating typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. 29. December 1910.*

Der schleichende Beginn mit allgemeinem Uebelbefinden, Kopfschmerzen, Nausea, das Aussehen der Zunge, Milztumor liessen einen Typhus vermuthen. Man darf nicht vergessen, dass man bei Morbus Basedow bisweilen Temperatursteigerungen nebst Milzschwellung findet. Im vorliegenden Fall führte schliesslich der Abfall der Temperatur am 11. Tage und der negative Ausfall der Vidal'schen Reaction zur richtigen Diagnose. EMIL MAYER.

120) **G. Matsuno. Basedow'sche Krankheit und Epilepsie.** *Dissert. München 1908.*

M. stellt aus der Literatur die Fälle von Basedow zusammen, die mit Psychosen, speciell mit Epilepsie complicirt sind, und theilt dann ausführlich eine eigene Beobachtung von Morbus Basedowii und Epilepsie aus der inneren Klinik München (Prof. von Bauer) mit. Verf. vertritt dabei die Ansicht von Möbius, dass es sich in diesen Fällen meist um eine zufällige Complication der Epilepsie durch Morbus Basedowii oder umgekehrt handelt, und ein ursächlicher Zusammen-

hang zwischen beiden Krankheiten nicht besteht. Beide Krankheiten, meist auch zeitlich von einander getrennt, entwickeln sich unabhängig von einander auf demselben Boden der angeborenen oder erworbenen neuro- oder psychopathischen Veranlagung.

OPPIKOFER.

121) **Wilh. Ebstein** (Göttingen). **Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Therapeutische Monatshefte. December 1910.*

Verf. betont, dass die Basedow'sche Krankheit mit der Beseitigung gewisser neben ihr bestehender Darmsymptome nicht nur gebessert, sondern auch dauernd geheilt werden kann. Als Beweis dafür werden 4 Fälle angeführt, die durch Behandlung mit grossen Oelklysmen zugleich von der Koprostase und der Basedowschen Krankheit geheilt wurden. Der erste dieser Fälle wies eine Dauerheilung auf.

WILH. SOBERNHEIM.

122) **B. Kakisowa. Postoperative Erscheinungen bei Morbus Basedowii.** *Diss. Berlin 1909.*

Die postoperativen Störungen bei Morbus Basedowii lassen sich in 3 Klassen einordnen. 1. Schwere Störungen des Allgemeinbefindens, combinirt mit Temperatursteigerung. 2. Erscheinungen von Seite des Centralnervensystems ohne Temperatursteigerung und 3. Fälle mit Temperaturerhöhung, aber ohne erhebliche Alteration des Allgemeinbefindens. — Trotz der manchmal recht schweren Complicationen ist der Ausgang der Operation im allgemeinen gut. Mittheilung von 22 Krankengeschichten aus der Literatur und von 3 operirten Fällen aus der chir. Univ.-Klinik (Prof. Bier) Berlin.

OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

123) **Snoy** (Cassel). **Sarkom der Pharynx-Oesophagusgrenze mit Erfolg operirt nach vorhergehender Gastrostomie.** *Med. Klinik. 2. 1911.*

Vier Wochen nach der Gastrostomie hatte sich bei dem 57jährigen Patienten der Allgemeinzustand so gehoben, dass das an der hinteren Pharynxwand mit breitem Stiel aufsitzende Sarkom radical mit Hülfe combinirter Thyreo-Pharyngotomie entfernt werden konnte.

SEIFERT.

124) **H. Morriston Davies. Carcinom des Halstheils des Oesophagus. (Cancer of the cervical esophagus.)** *British Medical Journal. 12. Februar 1910.*

Es werden vier Fälle mitgetheilt, in welchen die Schilddrüse mitergriffen wurde; in zwei der Fälle führte dieser Umstand zu der irrthümlichen Annahme eines primären Schildrüsentumors. Es werden die verschiedenen operativen Massnahmen erörtert.

A. J. WRIGHT.

125) **Labouré. Fremdkörper (Zahnprothese) mittelst Oesophagoskopie entfernt. (Présentation d'un corps étranger de l'oesophage [râtelier] enlevé par oesophagoscopie.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 8. 1911.*

Patient war 56 Jahre alt. Die Extraction erfolgte am Tage nach dem Unfall. Die Radioskopie gab ein negatives Resultat. Die Extraction erfolgte unter Chloro-

formnarkose und Cocainpinselung. Der Fremdkörper steckte im Hypopharynx, 15 cm weit von der Zahnreihe. Dauer der Operation 25 Minuten, Narkose nicht gerechnet. Die Prothese maass 49 × 12 mm.

LAUTMANN.

126) **Dillon. Ueber Oesophagoskopie, Diagnose und Behandlung der Fremdkörper im Oesophagus. (Ob esofagoskopii w swjasi s woprosom o noposnawanii letschenii inorodnich tel w pischtschewode.)** *R. Wratsch. p. 1585. 1910.*

Ein zusammenfassender Artikel über die Entwickelung der Oesophagoskopie, der diagnostischen und therapeutischen Bedeutung derselben, nebst Mittheilung von Fremdkörper-Extraction in 2 Fällen (künstliches Gebiss und Knochenstück.)

P. HELLAT.

127) **Tapia** (Madrid). **Zahnplatte, zehn Jahre lang im Oesophagus steckend. (Pieza dentaire detenida en el esofago durante diez anos.)** *Revista espanola de laringologia. Juli-August 1910.*

Es handelte sich um eine grosse Zahnprothese, die in der Gegend der Cardia sass; Pat. konnte nur flüssige und halbflüssige Nahrung zu sich nehmen. Dennoch war der Ernährungszustand gut. Pat. wollte sich nicht der Oesophagoskopie unterwerfen. Die Radiographie zeigte deutlich die Lage des Fremdkörpers.

AUTOREFERAT.

128) **Wolff Freudenthal. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus und den Bronchien mit Hülfe des Fluorescenzschirms. (The removal of foreign bodies from the oesophagus and the bronchi with the aid of the fluoroscopic screen.)** *International Journal of Surgery. September 1910.*

Verf. berichtet über ein 1 Jahr 8 Monate altes Kind, das 6 Tage zuvor ein Fünfcentstück verschluckt hatte. Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper in der Mitte des Oesophagus. Das Kind wurde auf einen Glastisch gesetzt, die Röntgenröhre darunter und der Fluorescenzschirm darüber. Eine lange Zange wurde in die Mundhöhle, dann in den Oesophagus eingeführt, die Münze gefasst und extrahirt. Die Procedur dauerte ein paar Sekunden ohne Anwendung eines Anästheticums.

Verf. ist der Ansicht, dass die meisten Fremdkörper auf diese Weise entfernt werden können.

EMIL MAYER.

129) **C. Rusconi. Beitrag zum Studium der Fremdkörper der Speiseröhre. (Contributo allo studio dei corpi estranei dell'esofago.)** *Gazz. d. ospedal. October 1910.*

Nachdem die Radiographie die Anwesenheit eines Fremdkörpers — einer langen Nadel — im oberen Theil des Oesophagus festgestellt hatte, wurde die Oesophagotomia externa ausgeführt; es trat prompte Heilung ein. Verf. verwandte in diesem Falle eine von der sonst geübten abweichende Technik, indem die Schleimhaut nicht genäht und auch für die Ernährung keine Dauersonde eingeführt wurde.

CALAMIDA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 3. Mai 1910.

Vorsitzender: A. v. Irsai.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Morelli: Fall von Rhinosklerom und 2. Rhinolaryngosklerom.

I. Fall. 47jährige Tagelöhnerin. Beide Nasenflügel verdickt; Naseninneres beiderseits vollständig verwachsen. Histologisch Sklerom erwiesen.

II. Fall: 20jähriger Feldarbeiter. Nasenflügel, Septum verdickt, Naseninneres nur für eine dünne Sonde durchgängig. Kehlkopf voll mit Granulationen. Wegen Suffocation Tracheotomie. Später wurde systematische Dilatation mit O'Dwyer'schen Tuben durchgeführt.

3. Morelli: 2 Fälle von Fibrom der Schädelbasis (nach eigener Methode operirt).

Vor 19 Jahren operirte M. zwei Fälle auch nach dieser Methode; dieselben blieben bisher recidivfrei.

I. Fall: 17jähriger Tagelöhner, wurde schon wiederholt operirt, recidivirte aber immer. Die linke Nasenhälfte und der ganze Nasenrachen ausgefüllt von (mikroskopisch erwiesenem) Fibrom. M. spaltete den weichen Gaumen und resecirte einen Theil des harten Gaumens mit zahnärztlicher Bohrmaschine. So erhält er zum Tumor einen breiten Zugang, den er so lange offen erhält, bis der Tumor in mehreren Sitzungen entfernt wird.

II. Fall. 21jähriger Bahnarbeiter. Aehnlicher Fall, nach derselben Methode operirt.

4. Simkó: Fall von Carcinom der unteren Muschel.

5. v. Irsai: Einen Tumor vortäuschende luetische Ulceration am harten Gaumen.

Wurde histologisch als Carcinom diagnosticirt (?). Auf antiluetische Therapie völlige Heilung.

6. v. Irsai: Fall von recidivirendem Choanalpolyp.

Die Geschwulst — welche per os mittelst Schlinge entfernt wurde — hing an einem langen Stiele, welchen man bis zum Infundibulum verfolgen konnte, so dass derselbe wahrscheinlich aus der Highmorshöhle entsprang. Vor 3 Jahren ähnliche Geschwulst.

7. v. Irsai: Fall von Kehlkopftumor seltener Grösse.

Beim 25jährigen Kranken wurde vor einem Jahre eine Geschwulst aus dem Kehlkopfe entfernt, welche aus Fibromgewebe bestand. Seit sechs Monaten vollständige Heiserkeit und erschwertes Athmen. Gegenwärtig ist in der Stimmritze eine beinahe nussgrosse, höckerige Geschwulst sichtbar, welche



breitbasig der vorderen Commissur aufsitzt, sich namentlich nach rechts in den Sinus Morgagni erstreckt und den Athembewegungen nicht folgt.

8. v. Irsai: Fall von haselnussgrossem Kehlkopfpolypen.

Derselbe sitzt auf der Vorderfläche des rechten Stimmbandes.

9. D. v. Navratil: Fall von schwerer nekrotisirender Stomatitis, verursacht durch Symbiose des Bacillus fusiformis mit dem Mundspirillum.

Die Stomatitis trotzte verschiedenen Behandlungsmethoden. N. gelang es mit Pinselungen von concentrirter Jothionlösung die Erkrankung zu heilen.

10. Láng: Fall von Perichondritis septi.

Sitzung vom 22. November 1910.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Morelli: Operation der Schädelbasisfibrome mit Resection des harten Gaumens.

Patient wurde schon einmal (in der vorletzten Sitzung) demonstrirt. M. operirte denselben nach seiner, schon beschriebenen Methode: mit Spaltung der Uvula und des Velum und Resection des harten Gaumens. Der grössere Theil der Geschwulst wurde mit galvanokaustischer Schlinge und Brenner entfernt, das Uebrige wird durch Elektrolyse zum Schwunde gebracht werden.

2. Morelli: Fälle von Rhino-pharyngo-tracheosklerom.

I. St. H., 17jähriger Bäcker in Ujvidék (Südungarn) wohnhaft zu Budapest. Nur die hinteren Enden der unteren und mittleren Muscheln und des Septum skleromatös verändert.

II. P. L., 26jährig, Hausdiener, geb. in Monyoró (Südungarn). Nase voll mit Krusten, dieselben auch im Rachen und Kehlkopf. Velum stark verdünnt; Stimmbänder verdickt, uneben, Athmung etwas erschwert. Bakteriologische Untersuchung: Sklerom.

III. I. K., 21jähr. Schuhmacher, geb. in Pilis, wohnhaft Nyir-Bátor (beide Orte im nordöstlichen Ungarn). Beide Nasenhälften stark verengert, voll mit Borken. Stimmbänder verdickt, Stimmritze eng. Wird mit Intubation behandelt. Bakteriologisch: Sklerom.

IV. Frau G. Sch., 25jähr. Tagelöhnerin, geb. in Dobó, wohnhaft in Berezna (Oberungarn). Nasenflügel von Gypshärte, vorne am Septum linsengrosse Perforation. Nase voll mit Krusten. Velum verdünnt, nach hinten und oben gezogen. Stimmbänder verdickt, Kehlkopf mit Krusten erfüllt. Wegen Stenose Tracheotomie. Bakteriologisch: Sklerom.

V. J. T., 18jähr., Schlosser, geb. in Nagy-Körös (bei Budapest), wohnhaft zu Budapest. Nasenmuscheln mässig atrophisch, Nase und Kehlkopf voller Borken. Unter der vorderen Commissur ein blassrother Wulst. Bakteriologisch: Sklerom.

3. Steiner: Fälle von Radicaloperationen, von Highmorshöhlenempyemen.

Im Anschlusse an operirte und zum Theil demonstrirte Fälle spricht S. über die Frage, welche Art von Operation soll bei einem Falle von chronischem Highmorshöhlenempyem gewählt werden, eine conservative oder eine radicale. Bei Fällen, welche schon jahrelang dauern, bei welchen vorgeschrittene consecutive Veränderungen in der Nase (Siebbeinempyeme, Polypen, polypöse Wucherungen) vorhanden sind, sollte überhaupt mit conservativen Methoden kein Versuch gemacht werden, da dieser voraussichtlich erfolglos sein wird, sondern sofort zu einer radicalen Methode (Küster, Luc-Caldwell, Denker) geschritten werden.

4. Laub: Geheilter Fall von rhinogenem retrobulbären Abscess.

5. Laub: Entfernter Fremdkörper aus dem Kehlkopfe eines 6 Monate alten Kindes.

6. D. v. Navratil: Troicart à double courant zur Probepunction und Durchspülung des Sinus maxillaris.

Besteht aus einer zweigetheilten Canüle, in welcher ein zweitheiliges Stilet liegt. Am Ende der Canüle, als Fortsetzung der Zwischenwand eine keilförmige Spitze, welche mit den Enden des Stilet einen completen Stachel bildet. v. Navratil gebrauchte sein Instrument mit Erfolg in Fällen, wo bei manifestem Highmorshöhlenempyem die Durchspülung mit dem gewöhnlichen Troicart, wahrscheinlich in Folge einer Schwellung und ventilartigem Verschluss um das Ostium maxillare nicht gelingt. E. v. Navratil.

---

b) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

(Laryngologischer Theil.)

Sitzung vom 10. März 1910.

Courtade: Kritische und historische Studie über die Pneumographie. Fortsetzung der in der letzten Sitzung begonnenen Ausführungen über die Rhinometrie.

Mahu: Gürtelrose nasalen Ursprungs.

Bei einem Patienten, der wegen Nasenverstopfung in Folge von Deviatio septi und Spina septi combinirt mit Muschelhypertrophie in zwei Sitzungen operirt worden ist, brach nach jeder Operation ein Herpes zoster thoracicus aus. Mahu will dies Zusammentreffen von intranasaler Reizung und Hautstörung mit Hülfe der Head'schen und Fliess'schen Theorie erklären.

Castex: Syphilis hereditaria tarda des Kehlkopfes.

Bei dem von Castex vorgestellten Patienten konnte man folgende Symptome constatiren: Atrophie der ganzen Schleimhaut, Knötchenbildungen am freien

Stimmlippenrand, zusammengedrücktes Aussehen der Epiglottis, subglottische Faltenbildung. Diese Symptome sind um die Pubertät herum aufgetreten und zeichnen sich hauptsächlich durch ihren atrophischen Charakter aus.

Discussion: Veillard sah einen 23 jährigen Kranken mit einer totalen Schwellung des Larynxeingangs, die von den tiefer liegenden Partien nichts sehen liess. V. dachte an ein Sarkom des Kehlkopfes. Auf Anrathen Lubet-Barbons begann V. eine energische antisyphilitische Behandlung, die in 48 Stunden eine beträchtliche Besserung, in 15 Tagen Heilung herbeiführte. Als Ursache stellte sich hereditäre Lues heraus.

Sitzung vom 14. April 1910.

Camille Herbert: Ein neuer Griff für oto-rhinolaryngologische Instrumente.

Sieur: Osteom des Siebbeins.

Der Autor nimmt sich vor, den Tumor mittels der Moure'schen Operation zu entfernen.

Rouvillois: Laryngotyphus.

In der Reconvalescenz nach Typhus wurde die Tracheotomie nöthig. Patient konnte nicht mehr decanülirt werden wegen Stenose des Kehlkopfes und wird die Tracheotomie gemacht werden müssen.

Luc: Sinusitis fronto-ethmoidalis in Localanästhesie operirt.

Es handelt sich um Recidive der Ethmoiditis nach einer vor 3 Jahren vorgenommenen Operation. Die Technik Luc's besteht in subcutaner und intracutaner Injection von Novocain und intranasaler Cocainisation. Die Anästhesie ist tadellos.

A. Courtade: Symphyse des Gaumens und Rachens.

Es handelt sich um einen 7 jährigen Knaben, der zweimal adenotomisirt worden war. Nach der zweiten Adenotomie, die unter allgemeiner Anästhesie gemacht worden war, entwickelte sich die velo-palatine Symphyse offenbar als Resultat einer Verletzung während der Operation. Lues auszuschliessen. Rhinometrische Untersuchungen. Lautmann (Paris).

---

c) Sitzungsberichte des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereines.

Sitzung vom 29. Januar 1910.

Vorsitzender: Okunew.

P. Hellat: Vorstellung eines Collegen, der seit 9 Monaten an Heiserkeit leidet. Die Stimmbänder beiderseits arrodirt, im hinteren Theil wie vernarbt, in der vorderen Commissur Granulationsmassen. Dieser Befund hat sich im Verlaufe von 4 Monaten soweit verändert, dass jetzt ein Theil der Granulationen besonders proliferirt. Der Allgemeinzustand hat sich seit dem März eher gebessert, keine Drüsen. — Worum handelt es sich?



Goldstein, Nikitin, Okunew sprechen sich unbestimmt über den Fall aus. (Stückchendiagnose ergab Carcinom. Patient unterzog sich einer Totalexstirpation des Kehlkopfes, fühlt sich gegenwärtig wohl und übt seine Praxis seit einigen Monaten wieder aus.)

Wiltschew: Fall zur Diagnose.

Auf der einen Tonsille Belag, Drüsen geschwollen, die Umgebung der Tonsille infiltrirt, Schlucken schmerzlos. Der Zustand hält über einen Monat an. Woinow, Nikitin finden Aehnlichkeit mit Angina Vincenti, Hellat erinnert an die Möglichkeit von Actinomycosis, Pydnik an Ulcus durum.

Lewin: Demonstration einer Geschwulst, die aus der Tonsille entfernt wurde.

Eckstein, Nikitin, Sacher, Iljisch führen ähnliche Beobachtungen an.

Sitzung am 19. Februar 1910.

Vorsitzender: Okunew.

Lewin: Vorstellung einer Patientin mit primärer Tuberculose der Nase.

An der Discussion nehmen Wygotzki, Goldstein und Iljisch theil.

Sitzung am 12. März 1910.

Vorsitzender: Okunew.

Okunew: 1. Demonstration eines Falles mit Wucherung des adenoiden Gewebes an der Hinterwand des Nasenrachenraums.

Aehnliche Fälle führten Nikitin, Hellat, Eljason an.

2. 14jähriger Knabe, leidet seit 2 Jahren an inspiratorischer Dyspnoe. Paresis nervi recurrentis sin. Die hintere und vordere Wand der Trachea scheinen sich zu berühren, grosse Drüsenpakete am Halse.

Nikitin, Hellat, Goldstein, Eljason, Höhlein betheiligen sich an den Debatten.

Lewin: Vorstellung eines Ohrenpatienten.

---

e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. December 1910.

Sturmann stellt einen Patienten vor, bei dem er die Tonsillectomie gemacht hat.

Haike demonstrirt einen Kranken mit malignem Adenom der Nase, das in die Kieferhöhle eingedrungen ist.

Grabower berichtet über einen analogen Fall eigener Beobachtung.

Heymann hat vier solcher, stets recidivirender Fälle gesehen, die aber nicht in die Kieferhöhle eingedrungen waren.

Peltesohn zeigt ein von der Plica salpingo-pharyngea entferntes Angiom mit darüber gelagerter Pachydermie.

Blumenthal demonstrirt ein Fibroangiom der Zunge.

Heymann berichtet über einen ähnlichen Fall eigener Beobachtung.

Kuttner zeigt ein für die Tonsillectomie bestimmtes Instrument, das die Anlegung einer Massenligatur bezweckt.

Sturmann hält es für practisch nicht brauchbar.

Grabower empfiehlt zur Verhütung der Nachblutung die Brünings'sche Schlinge.

Herzfeld: Die Blutung kommt öfter aus den Gaumenbögen, diese dürfen daher nicht verletzt werden.

Discussion über die Demonstration von Finder in der vorigen Sitzung: Ein Fall von Perforation des Stirnbeins.

Kuttner erwägt die Möglichkeit eines syphilitischen Empyems der Stirnhöhle als Ursache der Perforation.

Finder glaubt nicht daran, weil antiluetische Curen ohne jeden Erfolg blieben.

Sturmann: Die totale Ausschälung der Gaumenmandeln.

Die pathologische Bedeutung der Tonsillen (Angina, Phlegmone und ihre Complicationen mit secundären Metastasen) und die häufige Erfolglosigkeit der bisher üblichen Therapie (Tonsillotomie, Schlitzung, Caustik und Morcellement) rechtfertigen in vielen Fällen die Tonsillectomie, besonders bei kleinen und zerklüfteteten Gaumenmandeln mit tiefen Lacunen, sowie bei Angina und Peritonsillitis, bei durch Quecksilber nicht zu beeinflussenden specifischen Ulcerationen und gangränösen Anginen.

Der Pharynx muss sorgfältig cocainisirt und die Tonsillen durch Infiltrationsanästhesie unempfindlich gemacht werden. Bei Kindern und ängstlichen Erwachsenen verwende man die Aethernarkose. Während der der Operation voraufgehenden 24 Stunden erhalten die Patienten 5:100 Calcium chlor.

St. fasst die Tonsille mit einer mit zwei ovalen Ringen versehenen Zange und schält sie mit einer langen Cooper'schen Scheere mit geschärften Aussenrändern aus.

Nach der Operation ist auf Nebenverletzungen, Rückstände und spritzende Gefässe zu achten.

Die Tonsillectomie ist eine Radicaloperation im besten Sinne.

Finder möchte die Tonsillotomie reservirt wissen für Hypertrophie der Mandeln bei Kindern und die mit ihr verbundene Angina und Peritonsillitis habitualis. Sind dagegen die Tonsillen klein und treten häufig Infectionskrankheiten auf, so ist die Tonsillectomie am Platze. Er benutzt für sie die Museux'sche und Hopmann'sche Zange und das Winckler'sche Elevatorium, Schlinge und Scheere und macht sie in Localanästhesie.

Senator möchte die Tonsillectomie nur für schwerwiegende Indicationen (Gelenkrheumatismus, Tuberculose u. a.) empfehlen. Die Entfernung der Gaumen-

mandeln kann eine Störung in der Blutbildung und einen Schutz gegen Infectionen hervorrufen.

Herzfeld. Bei Kindern genügt meist die Tonsillotomie, bei Erwachsenen acceptirt er die Sturmann'schen Indicationen. Um Blutungen zu vermeiden, halte man sich möglichst extracapsulär und schone die Gaumenbögen.

A. Meyer. Die Narkose ist nur bei Kindern nöthig; Blutungen sind selten, wenn man die Ruprecht'sche Infiltrationsanästhesie verwendet. Wenn man die Adhäsionen mit den Gaumenbögen löst, kann man auch mit den alten Methoden öfter auskommen.

Sturmann. Auch bei Kindern ist manchmal die Tonsillectomie nöthig (Angina habitualis, Otitis media). Sie schadet nicht und befreit die Patienten von ihren Beschwerden.

Sitzung vom 10. Februar 1911.

Rosenberg zeigt einen 30jährigen Pat. mit einem Carcinom des Nasenrachens, das einen schneeweissen kleinen Ausläufer in die Keilbeingegend der Nase gesandt hatte.

Blumenthal zeigt ausgedehnte Oberkiefersequester; die Nekrose war nach und wahrscheinlich in Folge einer Oberkieferhöhleneiterung entstanden.

Sobernheim hat einen ähnlichen Fall gesehen, bei dem als Ursache Lues vorlag. Neben dieser kommt noch Osteomyelitis in Betracht.

Finder glaubt, dass das Empyem das secundäre und die Knochenerkrankung — vielleicht Osteomyelitis — das Primäre gewesen ist.

Blumenthal hält die ursprüngliche Zahncaries für die Ursache der Knochenerkrankung.

Löwy (Karlsbad) zeigt mikroskopische Präparate von Epithelioma benignum der Nase; es unterscheidet sich vom Papilloma durum dadurch, dass die dichten Plattenepithelmassen nicht blumenkohlartig von der Oberfläche nach aussen, sondern in Form von theils soliden, theils hohlen, vielfach verzweigten Zapfen nach innen gehen.

A. Meyer hat mehrere solcher Fälle gesehen, einer davon zeigte häufiger Recidive. Man hat zwei Gruppen zu unterscheiden: die einen haben den Bau des breitbasigen Papilloms und die anderen zeigen ein Nachinnenwachsen des Epithels — Epithelioma benignum.

Löwy zeigt dann noch eine Nasenpolypencyste, die eine mit Abschilferungsmaterial und spiraligen Fäden erfüllte Plattenepithel-Retentionscyste darstellt, und ein Präparat von Tuberculose der Rachenmandel.

Peltesohn: Gummöse Syphilis der Nase. Eine Uebersichtsarbeit, die sich zu einem Referat nicht eignet.

A. Rosenberg.



e) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

69. Sitzung vom 5. Oktober 1910.

Vorsitzender: Gottl. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

I. Schmiegelow demonstrirte die neue Ohren- und Halsklinik des Reichshospitals.

II. Jörgen Möller: Fall von Tuberculosis cavi nasi, nach Septumresection geheilt (mit Demonstration der Patientin).

44 jährige Köchin, früher gesund; 4 Monate schlechte Luftpassage durch die Nase und Borkenbildung, vorwiegend links. 3. 9. 09 wegen Febris rheumatica in Frederiksberg Hospital aufgenommen. Der Einblick in die linke Nasenhälfte durch von der Lateralwand ausgehendes Tumorgewebe gesperrt; das Bild erinnert an eine locale Tuberculose (Lupus?); der Tumor wird zur Mikroskopie entfernt.

Mikroskopie: Oberfläche theils ulcerirt, theils von mehrschichtigem Pflasterepithel bedeckt, welches an einer bestimmten Stelle zahlreiche unregelmässige Epithelzapfen in die Tiefe sendet; hie und da trifft man auch Epithelperlen. Uebrigens zerstreute Elementartuberkel, theilweise in beginnendem Zerfall. Diagnose: Tuberculose mit secundärem Plattenepithelkrebs.

Der Process nimmt fortwährend zu, auch die äussere Nase enheblich vergrössert, linke Ala geschwollen und roth, mit einem Geschwür auf dem Rande; im Innern sieht man jetzt grosse, von der Nasenscheidewand ausgehende Tumormassen; am Boden Tumorgewebe von typisch lupösem Aussehen.

Trotz dem mikroskopischen Befunde machte das klinische Bild immer mehr den Eindruck, dass es sich ausschliesslich um ein tuberculöses, bezw. lupöses Leiden handle. Es wurde deshalb nach Körner's Methode Septumresection vorgenommen. Mikroskopie ergab diesmal reine Tuberculose.

Patientin wurde später noch mit Röntgenstrahlen behandelt, ferner mit Jodkali. Bei der Entlassung am 19. 12. 09 war die Wunde nach der Septumresection geheilt und die Affection am Boden und an der Lateralwand heilte später auch. Es hatte sich eine Sattelnase gebildet, trotzdem bei der Operation vermieden wurde, den vorderen Theil des Septum zu entfernen; ferner besteht eine Einziehung in der Mitte der linken Ala. Es ist bis jetzt noch kein Recidiv vorhanden und Dr. P. Tetens Hald hat durch eine Paraffinininjection die äussere Gestalt der Nase beträchtlich verbessert.

III. N. Rh. Blegvad: Fall zur Diagnose.

Der Fall ist zwar durch gestern erhaltene neue Auskünfte jetzt aufgeklärt, wird aber trotzdem vorgestellt.

Es handelt sich um ein fast 2 Jahre lang bestehendes schweres ulceratives Rachenleiden bei einer 29 jährigen Frau. Wassermann negativ, überhaupt keine Anhaltspunkte für Syphilis, noch für Angina Vincenti, Tuberculose, bösartige Neubildung u. a. Behandlung, auch antiluetische, bisher erfolglos. Nach einer Ruhepause wurde vor ein Paar Monaten wieder Jodkali verabreicht und die Affection

scheint jetzt zu heilen; gleichzeitig gesteht der Gatte, vor 7 Jahren ein Ulcus gehabt zu haben, das mit Hg behandelt wurde, niemals secundäre Erscheinungen.

IV. K. Nörregaard: Beiträge zur Statistik der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten bei Schulkindern.

N. hat im Juni 1910 in den Schulen der Dorfgemeinde Taarnby 650 Kinder untersucht, 323 Knaben, 327 Mädchen. Bei 65 jetzige oder frühere Ohrenkrankheit, 44 unter diesen hatten adenoide Vegetationen; nur bei 3—4 schienen die oberen Luftwege ganz gesund.

Nasenleiden wurden im Ganzen bei 122 gefunden, hypertrophische Tonsillen bei 144, Nasenrachenleiden bei 214, meistens adenoide Vegetationen grösseren oder geringeren Grades. Hoher Gaumen wurde bei 52 gefunden, nur 31 derselben hatten adenoide Vegetationen.

V. E. Schmiegelow: Fremdkörper in der Lunge und in der Speiseröhre.

1. 11 jähriges Mädchen hatte vor 2 Tagen eine Bohne aspirirt; stethoskopisch fand man den unteren und mittleren Lappen rechts ausser Wirksamkeit gesetzt. In Narkose directe Bronchoskopie: Bohne im rechten Bronchus, 2 cm unterhalb der Bifurcation, wird gefasst, reisst sich wieder los und wird in den linken Bronchus aspirirt; Erstickungsanfall und Cyanose; das Kind erholte sich und später wurde durch eine zweite Bronchoskopie die Bohne endlich entfernt.

2. 25 jährige Frau, Hühnerknochen verschluckt, der durch Oesophagoskopie entfernt wurde.

3. 4 jähriges Mädchen, vor 2 Tagen ein Fünförestück verschluckt; wurde in Narkose durch Oesophagoskopie extrahirt.

4. $1^1/_2$ jähriges Mädchen hatte den Gummireif eines Patentstöpsels verschluckt; wurde in Narkose durch Oesophagoskopie entfernt.

5. 39 jähriger Mann, hatte vor 5 Tagen einen Knochen verschluckt, hatte später nur Flüssiges schlucken können. Knochen, 25 cm von der Zahnreihe entfernt, wurde durch Oesophagoskopie extrahirt, war 3—4 cm breit.

70. Sitzung vom 9. November 1910.

Vorsitzender: Gottl. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

I. K. Nörregaard: Ein Fall von langdauernder, recidivirender, functioneller Aphonie.

46 jährige Frau, verlor vor etwa 15 Jahren nach einer Influenza die Stimme; später immerfort wiederkehrender Stimmverlust, mit völliger Aphonie, kein Husten oder Räuspern möglich; keine Recurrensparalyse vorhanden, aber bei Phonationsversuchen klafft die Stimmritze; beim Pinseln entsteht kein Laut, Sensibilität herabgesetzt. Bei Pinselungen mit Cocain und Argentum sowie Sprechübungen ist es ihr jetzt gelungen, verschiedene Laute hervorzubringen.

Discussion: Blegvad, der auch einmal die Patientin behandelt hat, meint

entschieden, dass es sich um einen Morbus mentalis handelt; der ganze Habitus der Patientin deutet auch hierauf.

II. P. Tetens Hald: Operation wegen muthmaasslichen Tumors der Hypophysenregion.

41 jährige Frau, am 8. 8. 10 in die Ohrenklinik des Communehospitals aufgenommen, hatte schon seit 2 Jahren Symptome eines Tumor cerebri dargeboten; schon damals zeigte das Röntgenbild Veränderungen in der Gegend der Sella turcica; Juni 1910 war die Sella noch mehr erweitert und obschon der Chef der neurologischen Abtheilung am meisten zur Annahme eines Frontallappentumors neigte, wurde Patientin doch zur Operation in die Ohrenklinik verlegt. Es waren keine hypophysären Symptome vorhanden, ein neues Röntgenbild aber ergab, dass das Dorsum sellae jetzt völlig fehlte; es wurde ein extrasellarer Tumor vermuthet, als aber die Stauungspapille in Zunahme begriffen war, hielt man eine Operation für angezeigt.

Die äussere Nase und der vordere Theil des Septum wurde durch einen nach unten gehenden V-förmigen Schnitt mobilisirt, dann das Septum theilweise resecirt, die mittleren Muscheln entfernt, ferner die Vorderwand des Sinus sphenoidalis und das Septum sphenoidale; in der jetzt gut übersichtlichen Hinterwand eine Dehiscenz; es wurde jetzt der Boden der Sella turcica völlig entfernt und ein viereckiger Duralappen gebildet; Punction des Hirngewebes giebt keine Flüssigkeit.

12 Stunden nach der Operation Exitus.

Section: Grosses Psammom der Frontalgegend; Hypophyse nicht vergrössert; Dorsum sellae fehlt vollständig, es sieht fast aus, als wäre es weggemeisselt; bei genauerer Untersuchung der Dura in dieser Gegend sieht man an ihrer Aussenseite zahlreiche stecknadelkopfgrosse Knötchen (mikroskopisch Metastasen des Haupttumors), welche Druckusur des anliegenden Knochens gegeben hatten.

71. Sitzung vom 14. December 1910.

Vorsitzender: Gottl. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

I. Gottlieb Kiär: Narkose bei Adenotomie.

Aether ist viel weniger gefährlich als Chloroform, weil die „Zone maniable" viel grösser ist und es gar keinen primären Aethertod giebt; die Mortalität ist bei Aether 1:10,767 gegen 1:2,550 bei Chloroform. Auf die Statistiken darf man nicht zu sicher bauen, sie führen sehr leicht irre; es liegt z. B. eine von Syme vor mit 45000 Chloroformnarkosen ohne einen einzigen Todesfall, während eine Statistik der „Assistance publique" 30 Todesfälle auf 13000 aufweist. Die meisten Todesfälle werden überhaupt nicht veröffentlicht. Jedenfalls ist die Chloroformnarkose bei Adenotomie verwerflich, während die Aethernarkose relativ ungefährlich zu sein scheint.

Der Aether-Rausch dauert für eine Adenotomie zu kurz, dagegen ist die primäre Aethernarkose (Kuhn-Faber) sehr geeignet; man hält die Maske

einige Minuten vor, bis schnarchende Respiration, leichte Dilatation der Pupillen und leichte Cyanose auftreten, man hat dann eine Anästhesie von 3—4 Minuten Dauer und Patient fühlt sich nachher meistens sehr schnell ganz wohl. Vorsichtig muss man aber auch selbst bei dieser scheinbar ungefährlichen Narkose sein.

Die Stickstoffoxydul-Narkose dauert bei Kindern meistens zu kurz und wenn man sie verlängern will, wird sie gefährlich; bei Kindern unter 4 Jahren darf sie überhaupt nicht verwendet werden.

Bromäthyl-Narkose ist gar nicht ungefährlich; es haben namentlich Mendoza und Manquat eine ganze Reihe von nicht veröffentlichten Todesfällen gesammelt.

Chloräthyl ist auch nicht ungefährlich.

Somnoform wird als gefahrlos gerühmt, besteht aber aus 3 Stoffen, von denen jeder an und für sich eine beträchtliche herzlähmende Wirkung hat, sodass es kaum wahrscheinlich ist, dass die Mischung ungefährlich sei.

Es ist also jedenfalls unter den Narkosen die primäre Aethernarkose vorzuziehen, es ist ja aber allgemein angenommen, dass die Narkosen-Gefahr bei Operationen an den oberen Luftwegen eine grössere sei, als an anderen Körpertheilen und ferner bleibt auch an und für sich jede Narkose in gewissem Sinn gefährlich. ferner besteht bei der Adenotomie an und für sich eine gewisse Gefahr, indem doch z. Z. in der Literatur 21 Todesfälle vorliegen; die Gefahr sollte deshalb nicht durch ein neues gefahrbringendes Moment unnöthig vermehrt werden.

Discussion:

Vald. Klein verwendet während der späteren Jahre nicht selten Narkose bei Adenotomie, immer primäre Aethernarkose.

Gramstrup verwendet auch vorzugsweise die primäre Aethernarkose, aber immer nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten bezw. seiner Angehörigen. Die Blutung ist oft bei der Narkose grösser, die Entfernung eventueller Reste deshalb schwieriger.

Mygind stimmte Kiär bei; es habe sich allmählich immer mehr bei dem Publikum die Auffassung geltend gemacht, dass nicht nur die Narkose, sondern auch die Operation keine Kleinigkeit sei und man müsse gegen diese Auffassung auftreten. Die Narkose bei Adenotomie ist nicht gefahrlos, die Blutung ist störend, die Orientirung ist in der Narkose erschwert, sodass man leicht Nebenläsionen erzielt, endlich fühlen die Kinder bei der Narkose eine sehr grosse Angst. M. betrachtet die Narkose als nur bei grösseren ungebärdigen Kindern angezeigt.

Nörregaard betrachtet die Narkose bei Adenotomie nicht nur als überflüssig, sondern als direct schädlich; die Kinder lassen sich bei vernünftiger Behandlung fast immer zureden.

Jörgen Möller ist auch ein Gegner der Narkose; kleinere Kinder haben bei der Narkose eine mindestens eben so grosse Angst als bei der Operation ohne Narkose; wenn man nur freundlich mit den Kindern umgeht, kommt man meistens sehr gut aus. Die Gefahr wird bei der Narkose vermehrt und die Operation wird kaum gründlicher, eher schlechter ausgeführt.

Ebbe Bergh räth auch die Narkose nicht zu verwenden, macht jedoch bei nervösen Kindern eine Ausnahme.

Schmiegelow verwendet bei der Adenotomie fast immer Aetherrausch; es muss dieser möglichst schnell eintreten und sehr kurzdauernd sein, damit das Kind kein Erinnerungsbild von der Einleitungsperiode behält. S. meint, die Operation lasse sich in der Narkose mit weit grösserer Sicherheit ausführen.

Mygind hält es für kaum möglich, dass das Kind sich in dieser Weise ohne Schwierigkeit von der Aethermaske überwältigen lasse und dann nachher garnicht wisse, was mit ihm geschehen sei. Ferner versteht M. nicht, dass S. gerade den Aetherrausch empfiehlt, indem es doch ein Hauptvortheil bei der Narkose sein sollte, dass man genügend Zeit hätte, die Operation gründlich vorzunehmen, nachher zu exploriren u. s. w.; dafür reicht ein Aetherrausch ja nicht aus.

Buhl operirt auch am liebsten ohne Narkose und frägt Schmiegelow, ob er seltener Recidive erlebt, seitdem er angefangen hat, Narkose zu verwenden.

Blegvad frägt Kiär, ob er mit Stickstoffoxydul-Narkose für Adenotomie bei Kindern Erfahrungen gemacht habe; diese sei doch immer angenehmer als die primäre Aethernarkose.

Kiär widerräth die Stickstoffoxydul-Narkose bei Kindern.

II. Geschäftsitzung:

Zum Vorstande wurden folgende Herren gewählt: Gottlieb Kiär, Präsident, P. Tetens Hald, Vizepräsident und Schatzmeister, Willaume Jantzen, Schriftführer.

Jörgen Möller.

III. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

Am 31. Mai und 1. Juni findet in Frankfurt a. M. die XVIII. Tagung des Vereins deutscher Laryngologen statt.

Der Vorstand des Vereins beehrt sich dazu ergebenst einzuladen. Das definitive Programm wird Anfang Mai verschickt werden. Die Unterzeichneten bitten höflich, etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 15. April beim Schriftführer anzumelden. An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Killian,
Freiburg i. Br.
Vorsitzender.

Richard Hoffmann,
Dresden 1, Grunaer Strasse 8, 1.
Schriftführer.

Der XVII. internationale medicinische Congress.

Der XVII. internationale medicinische Congress wird im Sommer 1913 in London tagen. Das genaue Datum wird von der Permanenten Commission festgestellt werden, welche kommenden 21. und 22. April in London ihre erste Sitzung abhalten wird, unter dem Vorsitz des Herrn Dr. F. W. Pavy.



In dieser Sitzung wird ebenfalls die Liste der Sectionen des Londoner Congresses festgestellt worden. Alle die Einrichtung dieser Liste betreffenden Wünsche und Anträge bittet man vor dem 1. April beim General-Secretär der Permanenten Commission, Prof. H. Burger, Vondelstraat 1, Amsterdam, oder an die Adresse des Bureau der Commission: Hugo de Grootstraat 10, im Haag, einzusenden.

Auch sonstige, die Organisation des Congresses betreffende Wünsche und Informationen werden bis zum selben Termin und an dieselben Adressen gern entgegengenommen.

III. Congress der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie.

Auf dem Programm des am 26. bis 30. September in Brüssel stattfindenden Congresses steht u. a. ein Vortrag über „Lungenchirurgie".

Zur Behandlung der Laryngologie an den deutschen Hochschulen.

Herr Privatdocent Dr. Scheibe (München) hat einen Ruf nach Erlangen erhalten, um daselbst als Nachfolger Denker's den Lehrauftrag für Otologie und Rhino-Laryngologie zu übernehmen. Die Nachricht wird nicht verfehlen, bei allen, denen das Schicksal der Laryngologie an den deutschen Universitäten am Herzen liegt, das lebhafteste Kopfschütteln zu erregen. Bisher galt bei der Besetzung von Lehrstühlen oder der Ertheilung von Lehraufträgen die Gepflogenheit, nur Personen zu berufen, die neben allen anderen erforderlichen Eigenschaften vor allem auch dadurch ihre Qualification darthun konnten, dass sie auf dem Gebiete ihres Lehrfachs bereits irgend welche wissenschaftliche Leistung oder — doch wenigstens — Bethätigung aufzuweisen hatten. In Bezug auf die Laryngologie scheint man zu glauben, dass man von dieser Gepflogenheit absehen dürfe und scheint der Anschauung zu huldigen, ein tüchtiger Otologe könne ohne weiteres „das bischen Laryngologie" auf dem Katheder und im Krankensaal mit abmachen. Herr Scheibe ist gewiss — daran zweifeln wir gar nicht — ein tüchtiger Otologe und hat sich als solcher mehrfach wissenschaftlich bethätigt; gehen wir aber seinen Leistungen auf dem Gebiet der Rhino-Laryngologie nach, die er in Erlangen zu lehren berufen ist, so finden wir als Gesammtresultat: eine Demonstration eines rhinologischen Falles in der Münchener oto-laryngologischen Gesellschaft! Man kann in dem Erlanger Fall füglich nicht mehr davon sprechen, dass die Laryngologie der Otologie — wie es sonst so schön heisst — „angegliedert", sondern ihr sans façon ausgeliefert wird!

Finder.

Die erste oto-laryngologische Klinik Schwedens wurde am 29. Januar 1911 eröffnet in Gegenwart der meisten Oto-Laryngologen, von mehreren Chirurgen und Aerzten unseres Landes und von Fachgenossen aus Kopenhagen. Die Klinik ist ein Theil des städtischen Krankenhauses „Sabbatsberg" in Stockholm; sie verfügt über 24 Betten und ist mit allen modernen Einrichtungen ausgerüstet.

Vorstand ist Docent Dr. Gunnar Holmgren mit Dr. Carl Samuelsson als Assistent.

Zur feierlichen Eröffnung wurde eine Festschrift, von Dr. Holmgren herausgegeben, den Festtheilnehmern überreicht, in der die bisherige Arbeit auf dem Gebiete der Oto-Laryngologie in Schweden kurz beschrieben ist. Zum Schluss berichtet Dr. Samuelsson über die seit dem 25. November in der Klinik ausgeführten Operationen.

E. Stangenberg.



Vincenzo Cozzolino †.

Aus Neapel geht uns die Trauernachricht zu, dass daselbst am 13. März der ordentliche Professor für Otologie und Rhinologie an der dortigen Universität, Vincenzo Cozzolino, plötzlich gestorben ist. Cozzolino hat bis vor wenigen Jahren — in der letzten Zeit scheint seine Productivität abgenommen zu haben — eine überaus rege literarische Thätigkeit entfaltet; eine Anzahl seiner Arbeiten ist der Rhino-Laryngologie zu gute gekommen, unter denen erwähnt seien: „Ueber den parasitären Ursprung der Nasenpolypen“; „Das Melanosarkom der Nasenschleimhaut“; „Bakteriologie und Histologie der Ozaena“; „Retrochoanalc Polypen“; „Zur Localisation der Tuberculose in den oberen Luftwegen“ u. a. m. F.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, Mai. 1911. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **John J. Kyle. Die Rolle der Otologie und Rhinologie in der Prophylaxe. (The role of Otology and Rhinology in preventive medicine.)** *Journal American Medical Association. 6. August 1910.*

Verf. bespricht die Bedeutung normaler Nasenathmung, ferner die Rolle der Tonsillen als Eintrittspforte. Hypertrophische Tonsillen müssen entfernt werden; wenn Cervicaladenitis besteht, so gilt dies auch von kleineren Tonsillen. Entzündung und Hypertrophie des postnasalen Gewebes prädisponirt zu Gesichtsdeformation, Schwerhörigkeit etc. EMIL MAYER.

2) **W. T. Gardiner. Bericht der Hals- und Ohrenabtheilung des Königlichen Krankenhauses in Edinburgh für das Jahr 1909. (Reports for the year 1909 from the ear and throat departement of the Royal Infirmary Edinburgh.)** *Journal of Laryngology. März 1911.*

Statistische Tabellen über die im Jahre 1909 behandelten Krankheitsfälle.

A. J. WRIGHT.

3) **Merian** und **Solano** (Hamburg). **Zur Frage der Ausschleuderung von Leprabacillen bei Erkrankung der Respirationswege.** *Med. Klinik. 10. 1911.*

Die Verff. können die Schiffer'schen Angaben über die Ausschleuderung von Leprabacillen bei nur mässig befallenen Schleimhäuten der oberen Respirationswege als jedenfalls nicht allgemein zutreffend bezeichnen. Sie halten die Menge der ausgeschleuderten Bacillen für relativ gering und durchaus abhängig von der Stärke der Schleimhautaffection und der Menge des abgesonderten Speichels. Welche Rolle die Schleimsecretion aus den oberen Luftwegen in Lepragegenden im Vergleich mit anderen bacillären Ausscheidungen, z. B. den Fäces, wirklich spielen, bleibt noch ganz dahingestellt. SEIFERT.

4) **A. S. Cobbledick. Einige durch Erkrankungen der oberen Luftwege bedingte oder beeinflusste Augenaffectionen. (Some ophthalmic conditions caused or influenced by diseases of the upper respiratory tract.)** *British Medical Journal. 28. Mai 1910.*

Nichts Neues. Bekannt ist der Zusammenhang von Keratitis und adenoiden Wucherungen bei Kindern; ebenso die Beziehungen zwischen Ethmoiditis und Dacryocystitis, sowie von Erkrankungen des Opticus mit Keilbeinhöhlen- und Siebbeineiterungen. Es wird behauptet, dass manche Fälle von Iridocyclitis durch orale oder nasale Sepsis bedingt seien. A. J. WRIGHT.

5) **Galdiz** (Bilbao). **Prognose der Stenose der oberen Luftwege beim Kinde. (Pronostico de las estenosis de las primeras vias respiratorias en los ninos.)** *Boletin de Laringologia. März-April 1910.*

Verf. bespricht Symptomatologie und Prognose der acuten Adenoiditis, der Retropharyngealabscesse, der Pharynxödeme, der mechanischen und spastischen Kehlkopfstenose und der verschiedenen Laryngitiden. A. J. TAPIA.

6) **Imhofer** (Prag). **Die Blutungen der oberen Luftwege.** *Prager med. Wochenschrift. 1910.*

Uebersichtsreferat der Literatur 1909. HANSZEL.

7) **H. Halász** (Miskolc, Ungarn). **Fälle aus der laryngologischen Praxis.** *Gyogyaszat. No. 28. 1910.*

Mittheilung von Fällen — für die practischen Aerzte geschrieben —, in welchen die specialärztliche Hülfe zu spät in Anspruch genommen wurde.

POLYAK.

8) **Joseph E. Lumbard. Verbesserte Methode der allgemeinen Anästhesie bei der Kopfchirurgie mittels gläserner Nasentuben. (Improved method of general anaesthesia in head surgery by means of glass nasal tubes.)** *Journal American Medical Association. 8. October 1910.*

Die Narkose wird zuerst auf dem gewöhnlichen Wege durch den Mund eingeleitet und dann durch die Nase fortgeführt. Der Apparat besteht aus zwei Glastuben, die so gebogen sind, dass jede gerade in ein Nasenloch passt. Mittels zweier Gummischläuche werden diese mit dem Narkoseapparat verbunden.

EMIL MAYER.

9) **Gherardo Ferreri. Ueber den Werth der intravenösen Narkose in der Chirurgie der oberen Luftwege und des Ohres. (Valeur de la phlebo-narcose dans la chirurgie des premières voies respiratoires et de l'oreille.)** *Arch. Internat. de Laryngologie. 1910.*

Die von Bacelli angeregte Methode der Chloroforminfusion behufs allgemeiner Narkose ist vom Autor in 4 Fällen versucht worden. Wir haben den Eindruck, dass die Methode nicht frei von sehr bedeutenden Zufällen ist. In den 4 Fällen des Autors zeigte sich 3mal Hämaturie beim Erwachen, die allerdings jedesmal in den ersten 24 Stunden wich. Aber Ferreri selber giebt zu, dass

diese Methode die Blutungen während der Operation sehr vermehrt und sie daher bei vielen Operationen, z. B. bei der Tracheotomie, nicht angezeigt ist.

LAUTMANN.

10) **S. J. Meltzer. Die Methode der Athmung mittels intratrachealer Insufflation. (The method of respiration by intratracheal insufflation.)**

11) **Willy Meyer. Die Vermeidung eines die Operation complicirenden Apparates, ein Haupterforderniss der Brustchirurgie. (Avoidance of apparatus complicating the operation; a paramount requirement in thoracic surgery.)**

12) **Alexis Carrel. Experimentelle intrathoracale Chirurgie mittels der Meltzer-schen und Auer'schen Methode der Intratrachealinsufflation. (Experimental intrathoracic surgery by the Meltzer and Auer method of intratracheal insufflation.)**

13) **Charles A. Elsberg. Der Werth der continuirlichen intrathoracalen Luftinsufflation nach Meltzer in der Thoraxchirurgie; nebst Beschreibung eines Apparates. (The value of continuous intratracheal insufflation of air [Meltzer] in thoracic surgery; with description of an apparatus.)** *N. Y. Medical Record. 19. März 1910.*

Meltzer giebt eine Uebersicht über seine gemeinsam mit Auer ausgeführten Versuche. Wird durch eine Oeffnung in der Trachea ein Tubus von geringerem Durchmesser so eingeführt, dass seine untere Oeffnung die Bifurcation erreicht oder locker in das obere Ende eines Bronchus hineinreicht, so kann mittels eines continuirlich unter einem Druck von 10—12 mm Hg hindurchgesandten Luftstromes ein völlig curarisirtes Thier am Leben gehalten werden. Das Haupterforderniss ist, dass das untere Ende des Tubus die Bifurcation erreichen muss; reicht er nicht tiefer hinab, als eine gewöhnliche Trachealcanüle, so stirbt das Thier in kurzer Zeit. Je tiefer die Tube reicht, desto länger bleibt das Thier am Leben; der vollkommene Erfolg tritt aber nur dann ein, wenn die Tube die Bifurcation oder einen Bronchus erreicht. Ein anderes Erforderniss ist, dass die Tube ungefähr $^2/_3$ des Trachealllumens ausfüllt; ist sie weiter, so bleibt zwischen Tube und Trachealwand nicht Raum genug, dass die mit Kohlensäure beladene Luft zurückkehren kann, ist sie dagegen zu eng, so kann nicht genug Luft zuströmen.

Meyer setzt die Gründe auseinander, warum er die Anwendung der Intratrachealinsufflation bei Thoraxchirurgie für unangebracht hält und dem Gebrauch der Sauerbruch'schen Kammer den Vorzug giebt.

Carrel hat die Meltzer-Auer'sche Methode angewandt und keinerlei Complicationen erlebt. Er bemerkt, dass sehr ausgedehnte Operationen bei dieser Methode möglich sind und betrachtet sie als einen grossen Fortschritt.

Elsberg hat den Meltzer-Auer'schen Apparat modificirt.

EMIL MAYER.

14) **Berard** und **Sargnon** (Lyon). **Einige practische Anwendungen der Meltzer-schen Methode und der Sauerstoffverwerthung für die oberen Luftwege. (Quelques applications pratiques de la méthode de Meltzer et de l'emploi de l'oxygène pour les voies respiratoires.)** *Province médicale. 10. December 1910.*

Die Methode besteht darin, dass man einen continuirlichen Luftstrom unter

einem Druck von 10—12 mm Hg mittels einer Röhre, deren Durchmesser erheblich geringer ist, als der des Tracheo-Bronchialrohrs, eindringen lässt. Verff. haben sie mit sehr ermuthigendem Erfolg bei drei Patienten angewandt, indem sie halbstarre Gummisonden gebrauchten, besonders bei einem Canülenträger. Es ist wichtig, dass die Exspirationsluft bequem zurückkehren kann; Verff. haben daher besondere Canülen construiren lassen.

Das Verfahren eignet sich ausgezeichnet für Sauerstoffinsufflationen bei Chloroformsyncope und bei Bronchialcomplicationen im Allgemeinen.

GONTIER de la ROCHE.

15) **V. Pauchet. Die Trachealinsufflation in der Chirurgie. (L'insufflation trachéale en chirurgie.)** *La Clinique. No. 8. 1911.*

Die perorale Anästhesie beginnt endlich die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf sich zu lenken. „Ein Cautschukrohr in die Luftröhre einzuführen, durch dasselbe Luft oder irgend einen anästhesirenden Stoff oder auch bloss die künstliche Athmung zu leiten, ist das, was man die Methode von Meltzer nennt.“ So beginnt der bekannte Chirurg aus Amiens seinen kurzen Artikel, in dem er die perorale Anästhesie für die Thoraxoperationen empfiehlt. Es ist nicht wahrscheinlich, dass Pauchet die Methode selbst erprobt hat.

LAUTMANN.

16) **Arthur Hartmann** (Berlin). **Ein neuer Zangengriff.** *Med. Klinik. 7. 1911.*

Der neue Griff (Handgriff) kann bequem in der Hand festgehalten werden, während der andere (Fingergriff) mit dem Zeigefinger gegen den ersteren gestreckt wird. Verschiedene Ansätze können dazu geliefert werden.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Nathaniel Alcock. Die Histologie der Nasenschleimhaut der Taube. (The histology of the nasal mucous membrane of the pig.)** *The Anatomical Record. März 1910.*

Vergleichende anatomische Studie.

EMIL MAYER.

18) **Rueda** (Madrid). **Eine Cyste des Jacobson'schen Organs. (Un quiste del organo de Jacobson.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. Juni 1910.*

16jähriger junger Mann, der ein Trauma in der Nase erhalten hatte; zehn Monate darauf begann an der Nasenscheidewand die Bildung einer Geschwulst. Operation: Es fand sich eine Blutcyste. Verf. glaubt, dass nur ein präexistirender Hohlraum — das Jacobson'sche Organ — die Ursprungsstelle sein kann. Er bespricht die Differentialdiagnose gegenüber dem Hämatom etc.

A. J. TAPIA.

19) **Fülleborn** (Hamburg). **Casuistische Beiträge zur Pathologie der Südsee-Eingeborenen (Rhinopharyngitis mutilans und andere ulceröse Processe).** *Festschrift für Unna. 1910.*

Während der Südsee-Expedition der Hamburgischen wissenschaftlichen Stiftung hatte F. Gelegenheit, im Bismarckarchipel und auf Neu-Guinea eigenartige Zerstörungen der Nase und ihrer Nachbarschaft zu sehen, die aus den Tropen-

ländern unter dem obigen Namen bekannt wurden. Die Aetiologie dieser Affection ist noch vollkommen unbekannt. In Kürze werden die Fälle aufgezählt, welche F. zu sehen bekam.

SEIFERT.

20) **Losew. Fall von Septicopyämie infolge von Nekrose der Nasenhöhlenknochen. (Slutschai septikopiemii woledstwie nekrosa kostei nosowoi polosti.)** *Mittheilungen der Baz. Klinik. Bd. 1. S. 1.*

Der Fall verlief tödtlich in 8 Monaten. Warum hier keine Meningitis eintrat, glaubt L. durch dicke Schädelknochen erklären zu können.

P. HELLAT.

21) **Strauss** (Barmen). **Ein Fall von secundärer ulceröser Lues; Verschlimmerung nach Arsenobenzol, sofortige Besserung nach Hydrargyrum oxycyanatum.** *Med. Klinik. 49. 1910.*

In dem Falle, in welchem es sich um ulceröse Syphilis am linken Nasenflügel handelte, waren die unlöslichen Hg-Verbindungen wirkungslos geblieben, während schon nach drei Injectionen von Hydr. oxycyanatum (1 proc.) die Ulceration sich gereinigt hatte.

SEIFERT.

22) **Dupond. Harter Schanker der rechten Nasenhöhle. (Chancre induré de la fosse nasale droite.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. 10. 1910.*

Patient ist 35 Jahre alt, Heizer, und bemerkte anfangs die gewöhnlichen Zeichen eines Schnupfens, jedoch mit blosser Betheiligung der rechten Seite. Spuren von Blut fanden sich anfangs in der Secretion. Zwei Wochen nach Beginn dieses „Schnupfens" zeigte sich eine Verhärtung des Septums am Naseneingang. Gleichzeitig traten heftige Kopfschmerzen auf. Ein Arzt, der zu dieser Zeit consultirt wurde, verfehlte die Diagnose. Patient entschliesst sich nach erfolgloser Behandlung zur Consultation Moure's, wo bereits die Zeichen ausgesprochener secundärer Syphilis die über jeden Zweifel erhabene Diagnose eines primären Schankers des Naseneinganges sichern.

LAUTMANN.

23) **Korostowzow** (Bern). **Beitrag zur Lehre von der Epithelmetaplasie.** *Schweizer Rundschau f. Medicin. No. 47. 1910.*

Verf. giebt einleitend eine ziemlich eingehende Uebersicht über diese Frage von Virchow bis heute, welche zeigt, dass wahrscheinlich nur zwischen nahe verwandten Geweben die Möglichkeit wahrer Metaplasie zuzugeben sei; dass das speciell für die Umwandlung von Flimmerepithel in Plattenepithel gelte und dass die Umwandlung von Bindegewebe in Knochengewebe feststehe.

Das Nasenhöhlenepithel bietet ein Hauptinteresse. Auf diese Metaplasie werde von manchen Autoren die Genese der typischen Ozaena gegründet. Andere nehmen nur eine Einwanderung der Plattenepithelzellen in das Flimmerepithelgebiet an. Das Auffinden von Uebergangsepithelien mit cubischer Zellform würde eher für echte Metaplasie sprechen. Ein Fall von Schönemann, bei dem die untere Muschel vor einem halben Jahre nur im mittleren Längsverlauf galvanokauterisirt worden war, zeigte als quasi Schulfall folgende Verhältnisse: das Plattenepithel des vorderen Muschelendes hatte gegen die geätzte Mitte zu Uebergangsepithel, das sich ziemlich deutlich gegen das Cylinderepithel des hinteren Endes abgrenzte. Verf.

schliesst aus diesem Befunde, dass das durch die Caustik zerstörte Flimmerepithel zwar neugebildet worden war, aber nicht durch Cylinderepithel, sondern durch Uebergangsepithel aus Plattenepithel vom vorderen Muschelrande her.

JONQUIÈRE.

24) **R. Foy. Ozaena und Wiedererlernung der Nasenathmung. Ein neuer therapeutischer Versuch. (Ozène et rééducation respiratoire nasale. Nouvel essai thérapeutique.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 12.*

Bei Ozaenakranken ist die Nasenathmung eine mangelhafte oder fehlt zumeist gänzlich. Es ist daher nothwendig, diese Patienten erst durch die Nase athmen zu lehren. Dazu ist es vortheilhaft, denselben einen kleinen Dilatator einzuführen, der zur Nasenathmung stimulirt. Das Wesentliche aber in der von Foy inaugurirten Behandlung ist die Verwendung der comprimirten Luft, mittels welcher die kranke Nasenschleimhaut unter einem Druck von $2^1/_2$ kg bestrichen wird. Der von Foy hierzu construirte Apparat ist in der Revue von Moure beschrieben worden und von Luer (Paris) construirt. Es werden die Krankengeschichten von 9 typischen Fällen von Ozaena beschrieben, die sämmtlich geheilt worden sind. Nach Sistirung der Behandlung brauchen die Patienten ihre Nase absolut nicht mehr zu pflegen, sie bleibt functionstüchtig und secernirt nicht mehr Krusten und verbreitet keinen Foetor mehr. Ein Recidiv hat Foy bisher nicht beobachtet, trotzdem mehrere Kranke schon seit über einem Jahr aus der Behandlung entlassen sind.

LAUTMANN.

25) **H. Lavrand. Ueber die Behandlung der Ozaena. (Du traitement de l'ozène.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXX. No. 2. 1910.*

Der Autor schreibt: „Bei der Ozaena handelt es sich um eine Osteitis (necroticans des Siebbeins); dies zugegeben, wird der Rest aller Erklärung selbstverständlich." Bisher konnte man dies noch von jeder Ozaenatheorie sagen, sowohl von der infectiösen, der trophonekrotischen, syphilitischen etc. Sobald nun eine Prämisse zugegeben wird (immer ohne Beweis), lässt sich der Rest der Symptomatologie (Foetor, Krusten, Atrophie) ungezwungen erklären. Nur an dieser Osteitis lässt Lavrand nicht zweifeln. Man braucht sie bloss mit einer Sonde im mittleren Nasengange zu suchen, um sie zu finden. Infolge dessen giebt es auch nur eine logische Behandlung: Currettage des erkrankten Siebbeins, Cocainisation mit starker (20proc.) Lösung. Einführung einer festen Curette in den mittleren Nasengang und Curettage von aussen hinten nach vorne innen; zum Schluss Einführung der Bismuthpaste. Es wird in Intervallen von 8—15 Tagen so oft curettirt, als man noch nekrotischen Knochen findet. Alle Ozaenakranken werden auch so nicht geheilt, aber die Resultate übertreffen die aller anderen Methoden.

LAUTMANN.

26) **J. Goldstein. Zur Frage der Aetiologie der Ozaena. (K woprosu ob etiologii ozeny.)** *Jeshemesjatschnik. No. 12. 1910.*

Anführung einer Beobachtung, wo eine Ozaenakranke an Syphilis erkrankte.

P. HELLAT.

27) **Imhofer** (Prag). **Ueber Ozaena.** *Prager med. Wochenschr. 1910.*

Sammelreferat der neuesten Literatur.

HANSZEL.

28) **J. S. Traser** und **Esmond Reynolds. Ein Beitrag zur Ozaenafrage. (A contribution to the question of ozaena.)** *Journal of Laryngology. April 1911.*

Eine Analyse von 138 Fällen giebt folgende Resultate: 80 Fälle betrafen Frauen, 58 Männer; 77 Fälle waren unter 25 Jahre alt. Die meisten Patienten klagten über Nasenverstopfung und Borkenbildung, in einigen Fällen auch über schlechten Geschmack und Geruch. Drei Patienten hatten auch Asthma und 15 Nasenbluten, 32 von 46 klagten über Verlust des Geruchsinns. In allen Fällen war der charakteristische Geruch vorhanden.

Die Nachforschungen nach der Aetiologie ergaben: In 26 Fällen wurde purulente Rhinitis im Kindesalter, in 26 congenitale oder erworbene Syphilis, bei 2 Tuberculose, in 4 Diphtherie und in 3 Fällen Masern als Ursache angegeben. Pharyngitis sicca fand sich in 46 Fällen, Laryngitis in 20 und Otitis media in 13.

In 20 Fällen bestand eine breite und eingesunkene Nase, in 8 Fällen war die Borkenbildung einseitig mit Absonderung von Eiter auf der anderen Seite; in 13 Fällen war die mittlere Muschel polypoid degenerirt.

Auf Nebenhöhlenerkrankung wurde in 50 Fällen gefahndet. In 21 von diesen fanden sich bei der Durchleuchtung eine oder beide Antra dunkel, aber bei nur 4 von ihnen ergab die Punction Eiter. In allen anderen Fällen fand sich keine Nebenhöhleneiterung.

Verff. geben den in einigen Fällen erhobenen histologischen Befund. Nachdem sie die verschiedenen Theorien über Ozaena erörtert haben, kommen sie zu dem Resultat, dass sie am häufigsten von einer chronischen eitrigen Rhinitis im Kindesalter herrührt, die meist auf die exanthematischen Krankheiten und auf Syphilis zurückzuführen ist. Der Bacillus mucosus findet sich wahrscheinlich stets, wenn sich Ozaena entwickelt hat. Sie entsteht am häufigsten bei angeborener Weite der Nasenhöhlen; die Atrophie ist die Folge des Druckes der Borken. Nebenhöhleneiterung spielt keine ätiologische Rolle und es besteht kein Anzeichen für primäre Knochenerkrankung.

A. J. WRIGHT.

29) **E. F. Garraghan. Natur und Ursachen der Nasenpolypen. (The naturo and causes of nasal mucous polypi.)** *Illinois Medical Journal. December 1909.*

Nasenpolypen sind nicht nothwendig an das Bestehen einer Nebenhöhleneiterung gebunden. In der Mehrzahl der Fälle genügt die einfache Entfernung der Polypen nicht; um Recidiven vorzubeugen, muss aller etwa vorhandene erkrankte oder cariöse Knochen entfernt werden.

EMIL MAYER.

30) **Dan Mackenzie. Schleimpolypen der Nase und deren Behandlung. (Mucous polypus of the nose and its treatment.)** *Lancet. 1910.*

Verf. giebt zuerst einen Ueberblick über die verschiedenen für das Zustandekommen der Polypen existirenden Theorien. Er macht mehrere Factoren dafür verantwortlich, nämlich: 1. den Einfluss der Schwere; 2. die Compression der Mucosa der mittleren Muschel und 3. die Siebbeineiterung.

Verf. räth, die Polypen entweder durch Extraction mit der Drahtschlinge oder nach der radicalen Methode von Lambert Lack, die er beschreibt, zu beseitigen.

WATSON WILLIAMS.

31) **J. Broeckaert** (Gent). **Dislocation der Nasenknochen durch Schleimpolypen; seitliche Ethmoidectomie; Ausgleichung der Deformation. (Dislocation des os du nez par polypes muqueux. Ethmoïdectomie latérale. Restauration de la déformation.)** *Annales de la Soc. Belge de chirurgie. 4. 1910.*

Bei einem 50jährigen Manne war die Nasenwurzel ganz bedeutend erweitert infolge des Vorhandenseins von Schleimpolypen in den Nasenhöhlen.

Resection eines Theiles der Nasenbeine und des aufsteigenden Astes der Oberkiefer mit Schonung des Skeletts des Nasenrückens. Abtragung der Polypen und bilaterale Ethmoidectomie. Eröffnung und Curettage des linken Sin. maxill. Wundnaht. Rasche und radicale Heilung.

Zwei Photographien, angefertigt vor und nach der Operation, zeigen, die eine die Nasendeformation, die andere ihre Verbesserung und das erzielte schöne Resultat.

BAYER.

32) **D. Russo. Einige Fälle von sogenannten blutenden Nasenpolypen. (Su alcuni casi dei cosi detti polipi sanguinanti del naso.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1910.*

Verf. berichtet über fünf Fälle; er beschreibt den histologischen Befund und giebt ihn auf zwei chromolithographischen Tafeln wieder. Er ist für die Beibehaltung der alten Bezeichnung „blutende Polypen", aber ohne den Zusatz „des Septum". Es sollte jedoch immer die histologische Diagnose hinzugesetzt werden.

CALAMIDA.

33) **A. Malan. Beitrag zum Studium der sogenannten blutenden Nasenpolypen. (Contributo allo studio dei cosi detti polipi sanguinanti della mucosa nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. Vol. XXI. No. 4.*

In dem einen der beiden mitgetheilten Fälle hatte der Tumor seinen Ursprung an der lateralen Wand der linken Nasenhöhle zwischen dem vorderen Ende der unteren und mittleren Muschel, im anderen Falle am Nasenboden.

Verf. schlägt vor, die blutenden Polypen der Nasenhöhle gemäss ihrem histologischen Charakter zusammenfassend zu bezeichnen als: „gutartige fibrovasculäre Nasengeschwülste".

CALAMIDA.

34) **A. Malan. Papilloma durum (Epithelioma papillare) der Nasenhöhle. (Papilloma duro delle fosse nasali.)** *Bollet. delle mal. dell'orrecchio. August 1910.*

Der Tumor nahm seinen Ursprung nahe am Introitus nasi; er war von grauweisser Farbe, maulbeerförmig und verschloss die Nase völlig.

CALAMIDA.

35) **Adolf Blumenthal** (Berlin). **Papilloma durum der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. S. 296. 1910.*

Beschreibung eines eigenen beobachteten Falles, Zusammenstellung der Literatur.

Verf. räth zur frühen radicalen Entfernung der Tumoren der Schleimhaut, weil sie sonst in den Knochen eindringen und durch seine Zerstörung zu lebensgefährlichen Complicationen Veranlassung geben können.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.).

36) **M. Hajek** und **L. Polyák** (Wien-Budapest). **Myxoma lymphangiectaticum des Nasengerüstes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Der veröffentlichte Fall bietet in pathologisch-anatomischer und diagnostischer Hinsicht viel Interessantes. Die beschriebene Geschwulstform ist eine ausserordentliche Seltenheit; die eigenthümlich infiltrirende Form ist nach Ansicht des Verfassers wohl kaum bisher in der rhinologischen Literatur beschrieben. Die Diagnose eines Tumors der Nase war dadurch ausserordentlich erschwert, dass ein solcher nirgends sichtbar war, sondern nur ein quer vom Septum zur linken Nasenwand verlaufendes, einem Narbenstrang täuschend ähnliches Gebilde.

Die Beschwerden der Kranken bezogen sich auf die bis zur völligen Erblindung führenden Sehstörungen und auf die durch Verlegung der nasalen Athemwege bedingten Athemstörungen. Der Verlust des Sehvermögens ist als Folge des Untergehens der Sehnerven in der Geschwulstmasse aufzufassen. Die diagnostischen Schwierigkeiten werden des Näheren dargelegt, die genaue Krankengeschichte und der Obductionsbefund durch Tafeln erläutert.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

37) **Sargnon** (Lyon). **Nasenpolypen; sarcomatöse Umbildung. (Polypes du nez. Transformation sarcomateuse.)** *Lyon médical. No. 29. 17. Juli 1910.*

60jähriger Patient. Wiederholte Exstirpationen von röthlichen, leicht blutenden Polypen, die sich rapide ausbreiten, in die Kieferhöhle hineinwachsen und die Orbitalwand hervorwölben. Radicaloperation nach Moure im März 1909. Bisher kein Recidiv.

GONTIER de la ROCHE.

38) **W. Stuart Low. Maligne Erkrankung der Nase. (Malignant disease of the nasal passages.)** *Lancet. 1. October 1910.*

Es werden zwei Fälle von angeblicher maligner Transformation von Nasenpolypen berichtet. Der Weg durch die Fossa canina wird als der beste zur Entfernung intranasaler Tumoren bezeichnet.

A. J. WRIGHT.

39) **Goris. Sarkom der Lamina cribrosa. (Sarcome de la lame criblée.)** *Annales de la Soc. Belge de Chirurgie. No. 2 u. 3. 1910.*

G. hatte einem 63jährigen Manne am 25. Mai 1905 ein polypoides am Siebbein inserirtes Sarkom vermittelst Resection der oberen inneren Partie des Oberkiefers und temporärer Resection des rechten Nasenlochs entfernt. Kein Recidiv während 4 Jahren; dann bildete sich ein solches an der Lamina cribrosa, welches der Autor mit der grössten Vorsicht lostrennte, worauf er unmittelbar die Ansatzstelle mit dem Thermokauter kauterisirte, um einer Infection des Endocranium durch die Durchgangslöcher des Olfactorius vorzubeugen. Heilung ohne Fieber. Von der Incision ist kaum mehr etwas wahrzunehmen.

BAYER.

40) **G. Paludetti. Nasensarkom bei einem dreijährigen Mädchen. (Sarcoma nasale in bambina di tre anni.)** *Arch. Ital. di Otologia. Juli 1910.*

Der Tumor — seiner Natur nach ein Lymphzellensarkom — hatte seinen Ursprung wahrscheinlich in der linken Nase, hatte — wie die Röntgenuntersuchung zeigte — die Nebenhöhlen und die Schädelbasis befallen. Die Behandlung war bei der inoperablen Art des Tumors rein symptomatisch. CALAMIDA.

41) **Adam** (Berlin). **Ein Fall von Sarcom des Keilbeins.** (Sitzung der Berliner ophthalmol. Gesellschaft.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. 1909.*

Tumor im Epipharynx mit Augenmuskel-, Vagus-, Hypoglossuslähmung links, Amaurose bei normalem Spiegelbefund, Hörstörungen rechts.

HEGENER (ZARNIKO).

42) **V. Nicolai. Carcinom der Keilbeinhöhle; Abtragung und Fulguration. (Carcinoma del seno sfenoidale; asportazione e folgorazione.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Nach Abtragung des grossen Tumors und Entfernung der vorderen Keilbeinhöhlenwand begann Verf. — 7 Tage nach der Operation — die Fulgurationen mittels einer besonderen Elektrode, die per vias naturales bis zur Keilbeinhöhle eingeführt wurde. Die Application geschah ohne allgemeine oder locale Anästhesie. Die Sitzungen wurden gut vertragen und die Fulguration übte eine günstige Wirkung aus. CALAMIDA.

43) **J. N. Bloom. Destruirendes Epitheliom der Nase. (Destructive epithelioma of the nasal tissues.)** *Kentucky Medical Journal. 15. Juni 1910.*

Der Fall betrifft eine 37 Jahre alte Patientin. EMIL MAYER.

44) **A. Shiga. Ein neues selbsthaltendes Nasenspeculum.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XV. Heft 5. 1909.*

Dieses Instrument besteht aus zwei Theilen, einem eigentlichen Nasenspeculum (Fränkel's Form) und einer Mundplatte. Die Befestigung geschieht dadurch, dass der Patient die mit Gazestreifen umwickelte Platte kaut.

INO KUBO.

45) **Schwarz. Neuer Pulverbläser für die Nase. (Nowyi poroschko soduwatel dlja nosa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 10. 1910.*

Hufeisenförmige Röhre, deren eines Ende für die Einführung in die Nase, das andere für den Mund zum Blasen bestimmt ist. P. HELLAT.

46) **W. Gutherlet** (München). **Ein neuer Nasenspüler.** *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 5. 1911.*

G. modificirte das Fränkel'sche Nasenbadgläschen in der Weise, dass er sein Fassungsvermögen vergrösserte (es fasst jetzt 300 g Spülflüssigkeit) und ausserdem ausser der vorderen Oeffnung der Olive an deren oberen Fläche eine zweite, grössere Auslauföffnung anbrachte, so dass jetzt der Hauptstrahl der Spülflüssigkeit direct in die obere Nase, also im weiteren Verlauf durch den mittleren und oberen Nasengang und durch die Riechspalte und Choanen zum Rachendach

geführt wird. Damit soll „eine bessere und gründlichere Durchspülung der ganzen oberen Nasenhälfte bewirkt“ und das Secret bei den verschiedenen Nasennebenhöhlenerkrankungen auch aus diesen Gegenden weggespült werden. Der Spüler ist durch die Firma Katsch (München) zu beziehen.

HECHT.

47) **J. Moskovitz** (Budapest). **Die rationelle Behandlung der Nasenrachenkatarrhe.** *Orvosok lapja. No. 10. 1910.*

Die rationelle Behandlung sämmtlicher Katarrhe des Nasenrachens besteht nach dem Verf. in Ausspritzungen des Nasenrachens vom Munde aus mit 5proc. Mentholparaffin.

POLYAK.

48) **E. Delneuville** (Spa). **Der Retropharyngealabscess. (L'abcès rétropharyngien.)** *La Presse oto-laryngologique. No. 4. 1910.*

Monographische Beschreibung und Mittheilung einer Beobachtung.

PARMENTIER.

49) **A. Rejtö. Vergleichende rhino-otologische Untersuchungen an normalen und schwachbegabten Kindern.** *Zeitschr. für Behandlung des jugendl. Schwachsinnes. Bd. IV. 2. u. 3. H. S. 200.*

Die Entfernung der Rachenmandel kann nur bei normal begabten Kindern bei Symptomen der Aprosexia nasalis eine Besserung der Begabung erhoffen lassen, bei Schwachbegabten tritt nur Besserung der Athmung und des Gehörs ein. Sprachfehler hören nach Entfernung der Rachenmandel nicht auf, lassen sich aber besser corrigiren.

J. KATZENSTEIN.

50) **T. Mancioli. Adenoide Vegetationen und Gebiss bei den Zöglingen eines Seehospizes. (Vegetazioni adenoidi e dentatura nei ricoverati di un ospizio marino.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1909.*

Unter 102 Kindern war bei 41 Nasenverstopfung infolge Hypertrophie des lymphatischen Schlundrings vorhanden. Zahncaries fand sich in folgendem Procentsatz: 73 pCt. bei den Kindern mit Nasenstenose, 21 pCt. bei denen ohne Nasenstenose. Alle Kinder waren von fast gleichem Alter, aus gleichen socialen Verhältnissen und von gleichem allgemeinen Gesundheitszustand.

CALAMIDA.

51) **G. L. King. Frühdiagnose und Operation der Adenoiden. (A plea for the early recognition and removal of adenoids.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. September 1910.*

Wo immer die geringsten Anzeichen für das Vorhandensein adenoider Wucherungen sind, soll die Diagnose mit Hülfe des Pharyngoskops gestellt werden.

EMIL MAYER.

52) **Bogoslowski. Fall von Hypertrophia tonsillae pharyngeae posterioris. (Slutschai gipertrofii tons. phar. post.)** *Jeshemisjatschnik. No. 11. 1910.*

Die Ueberschrift sagt alles.

P. HELLAT.

53) **Steinhardt. Entfernung von Adenoiden und Tonsillen. (Excision of adenoids and tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 3. September 1910.*

Verf. wendet sich dagegen, dass oft Adenotomie und Tonsillotomie ohne

Indication gemacht werden; wenn eine solche Indication aber besteht, soll möglichst radical in Narkose operirt werden.

EMIL MAYER.

54) **Lautmann** (Paris). **Zur Anästhesie bei der Adenotomie.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 357. 1910.*

Die Gaumenmandeloperation und die Adenotomie ergeben nach L. vielfach ungenügende Resultate, weil die Kinder sich wehren und deshalb der Eingriff ungenügend ausgeführt werden muss. Verf. empfiehlt deshalb für Kinder von 4 Jahren aufwärts die tiefe Narkose unter Aethylchlorid unter Verwendung des von Camus construirten Apparates. Der einfache Apparat wird erklärt und abgebildet. L. operirt erst dann, wenn der Cornealreflex verschwunden ist; dazu genügen 1 bis höchstens 3 g Aethylchlorid.

OPPIKOFER.

55) **Imhofer. Recidive nach Adenotomie.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 10. Februar 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1911.*

I. unterscheidet echte und Pseudorecidive und fand erstere nicht selten. Die Ursachen sind in der allgemeinen Constitution gelegen, vor allem kommt hierbei die Skrophulose in Betracht.

HANSZEL.

56) **J. Vernow White. Einiges über die Ursachen der Misserfolge bei Adenoidenoperation. (A few facts concerning the causes of failures in adenoidectomies.)** *N. Y. Medical Journal. 3. September 1910.*

Man muss sich vorher vergewissern, ob nicht an den Tubenmündungen oder in den Rosenmüller'schen Gruben adenoide Vegetationen sitzen, diese eventuell entfernen; ferner, ob nicht die sogenannte Thornwald'sche Krankheit besteht, welche erst behandelt werden muss.

EMIL MAYER.

57) **S. Burack. Zur Casuistik der Complicationen nach Adeno- und Tonsillotomien.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 477. 1911.*

Verf., welcher im Verlaufe von 12 Jahren mehr als 2000 Adeno- und Tonsillotomien ausgeführt hat, erwähnt vorerst 3 Fälle schwerer Blutung nach Tonsillotomie, bei der das Tonsillotom von Mathieu in Anwendung kam; dann bespricht er 5 Blutungen im Anschluss an die Gottstein'sche Operation. Die Krankengeschichten, die Verf. wiedergiebt, ergeben nichts Neues und bestätigen nur die bekannte Thatsache, dass die verschiedenen sogenannten blutstillenden Mittel — es kamen Alaun, Antipyrin, Tannin, Ferripyrin, Wasserstoffsuperoxyd, Adrenalin, Ergotin in Anwendung — in diesen Fällen nichts nützen und mit ihnen nur unnöthig Zeit verloren wird. B. empfiehlt bei Gaumenmandelblutungen in erster Linie die Digitalcompression, die aber nach der Ansicht des Referenten unsicherer und ermüdender ist als das Aufdrücken eines festen Gazetampons mittels Kornzange bei aufgestützten Ellenbogen oder das Anlegen von Metallklammern. Letztere Methode, sowie das Zusammennähen der Gaumenbögen betrachtet B. als in vielen Fällen für undurchführbar.

Als weitere Complicationen nach Entfernen der Gaumen- oder Rachenmandel erwähnt B. das Vorkommen von Fieber (unter 540 Operationen der stationären

Abtheilung 58mal), von Otitis, Peritonsillitis, Parese des weichen Gaumens, von beschleunigtem Einsetzen einer Infectionskrankheit, von Erregungszuständen.

OPPIKOFER.

58) **Siems. Ueber die Erlernung der Nasenathmung beim Kinde nach Abtragung der adenoiden Vegetationen. (L'éducation de la respiration nasale chez l'enfant après ablation des végétations adénoides.)** *Bulletin de laryngol. Tome XIII. 1910.*

Die sogenannte „rhino-respiratorische Gymnastik" sollte das nothwendige Complement jeder Adenotomie darstellen, namentlich wenn die operirten Kinder nicht sofort durch die Nase zu athmen beginnen. Der Autor geht auf die bekannten theoretischen Auseinandersetzungen über die Vortheile der Nasenathmung ein. Störend wirkt auch, dass er von einer nasalen Apnoe spricht, während er meint, dass die Nase nicht zu Athemzwecken dient. Es ist nicht erwiesen, dass die vom Autor empfohlene „eupnoische Maske" so gute Dienste leistet, wie der Autor glaubt. Es ist vortheilhafter, die Athemübungen ohne solche Maske machen zu lassen. Eine wichtige Frage berührt der Autor nicht: wer soll diese Respirationsübungen leiten: der Laryngologe, die Eltern oder ein — Athemspecialist? Wenn die Adenoiden gut abgetragen sind, jede Schwellung und Scheidewandkrümmung, die störend wirkt, beseitigt ist, werden diese Fälle von „nasaler Apnoe" nach Adenotomie wohl seltener sein, als wie die vom Autor constatirten 8 Fälle auf 21 Kinder.

LAUTMANN.

c. Mundrachenhöhle.

59) **Georg Aulmann** (Schwäb. Hall). **Die Mundrachenwand der Vögel und Säuger.** *Gegenbauer's Morphologisches Jahrbuch. Bd. 39. Heft 1. S. 34.*

Von der sehr ausführlichen Arbeit, die einen Bestandtheil der morphogenetischen Studien A. Fleischmann's „Die Kopfregion der Amnioten" bildet, seien nur einige zusammenfassende Bemerkungen hervorgehoben:

1. Der Bereich der ectodermalen Mundhöhle kann durch folgende Grenzmarken bestimmt werden: Wurzelstelle der Hypophyse, Mundwinkel, Schnittpunkte der Mund- und Rachenwinkelrinne, Enden der seitlichen Zungenfurchen (bzw. Zahnleisten).

2. Sowohl in der Mundhöhle wie Rachenhöhle ist die ventrale Wand als Boden, die dorsale als Dach zu unterscheiden. Beide hängen jederseits an der Mund- (bzw. Rachen-)winkelrinne zusammen.

3. Mund- und Rachenhöhle werden durch Falten des Daches in zwei dorsoventral übereinanderliegende Stockwerke gegliedert.

Die übrige Arbeit bezw. die Zusammenfassungen „Fringilla canaria" und „Ovis aries" sollten im Original nachgelesen werden.

WILH. SOBERNHEIM.

60) **G. W. Jacoby** (New York). **Einseitiger Zungenbelag. (Unilateral coating of the tongue.)** *Festschr. zur 40jährigen Stiftungsfeier des deutschen Hospitals. New York 1909.*

Der einseitige, genau in der Mittellinie abschneidende pelzartige Belag ist weiss, gelb, braun oder fast schwarz und durch Epithelanhäufung hervorgerufen.

J. hat ihn mehrfach bei Hemiplegie, Trigeminusneuralgie, hysterischer Hemianästhesie und einmal in einem Falle von Parese gesehen.

Wenngleich vielleicht ein Einfluss des Nervensystems bezüglich einer Ernährungsstörung der Zunge dabei nicht zu leugnen ist, so dürfte doch das mechanische Moment grössere Beachtung verdienen, insofern als die erkrankte Seite beim Kau- und Schluckact nur wenig benutzt und deswegen das Epithel nicht recht abgerieben wird, und in der That ist in allen bisher beobachteten Fällen eine Functionsbeeinträchtigung der erkrankten Zungenseite festgestellt worden.

A. ROSENBERG.

61) **Heinrich von Hoesslin** (Halle). **Zur Kenntniss der Raynaud'schen Krankheit. Beitrag zur Innervation der Zungengefässe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1910.*

Mittheilung zweier Krankengeschichten, bei denen anfallsweise u. a. auch Angiospasmen der Zunge, bezw. der äusseren Nase auftraten. Der erste Fall gab Veranlassung zu pharmakologischen Versuchen, um durch medicamentöse Beeinflussung Studien bezüglich der Innervation zu machen, deren Ergebnisse unter anatomischen und physiologischen Erörterungen, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei, verwerthet werden.

HECHT.

62) **Gaucher** und **Druelle** (Paris). **Ein neuer Fall von weichem Schanker der Zunge. (Un nouveau cas de chancre mou de la langue.)** *Société française de dermatologie et syphiligraphie. 4. April 1910.*

Diese Localisation ist extrem selten. In diesem Falle bestanden auch Ulcera mollia am Präputium.

GONTIER de la ROCHE.

63) **Prosper Merklen** (Paris). **Hereditäre Syphilis der Zunge. (Hérédo-syphilis de la tongue.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1910.*

Fall von hereditäter sclerotischer Lues der Zunge bei zwei Brüdern, die auch gleicherweise am Anus syphilische Geschwüre hatten.

GONTIER de la ROCHE.

64) **Serafini. Ueber Sarkom der Zunge. (Sulla sarcoma della lingua.)** *Riforma Medica. No. 4. 1910.*

Bericht über einen Fall, betreffend eine 34jährige Frau, bei der nach Verletzung und Infection der Zunge durch eine Kornähre an derselben Stelle ein Tumor entstand, der Jahre hindurch immer grösser wurde, ohne erhebliche Störungen zu verursachen. Der Tumor sass interstitiell, zerfiel schliesslich geschwürig und es wuchsen blutende Geschwürsmassen in dem Geschwürsgrunde.

Die Operation bestand in der Abtragung des Tumors. Die histologische Untersuchung ergab ein typisches Spindelzellensarkom.

CALAMIDA.

65) **Souligoux** (Paris). **Entwickelung eines Zungenkrebses auf dem Boden einer Leukoplasie; seit 10 Jahren geheilt. (Cancer de la langue dévéloppé sur une plaque de leucoplasie et resté guéri pendant six ans.)** *Société de chirurgie. 1. Februar 1910.*

Patient wurde vor 10 Jahren operirt wegen eines Carcinoms von Francstück-

grösse. Es wurde jetzt wieder operirt. Der „leucoplasische Krebs“ soll verhältmässig gutartig sein.

GONTIER de la ROCHE.

66) **Doyen. Vereiterte sublinguale Ranula. (Grenouillette sublinguale suppurée.)** *Archives de Doyen. 15. December 1910.*

Verf. excidirt die Tasche nicht, um nicht die Nachbarschaft zu inficiren, sondern verkohlt mittels heisser Luft die Wände.

GONTIER de la ROCHE.

67) **J. Brunetti. Cysten der Zungentonsille. (Cisti della tonsilia linguale.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1910.*

Der Tumor — ungefähr von der Grösse einer grossen Pflaume — sass auf der Höhe der Zungentonsille mittels eines etwas dünneren Theiles an einem Stiel. Er war beweglich, indolent, von weicher Consistenz, fluctuirend. Die Incision ergab eine dicke, fadenziehende, gelbliche mit Blut gemischte Flüssigkeit.

Diese Cysten gehören zu den Drüsenretentionscysten. Verf. erwähnt auch, dass in diesem Falle das Auftreten der Menses stets von entzündlichen Erscheinungen an den Tonsillen begleitet war.

CALAMIDA.

68) **J. P. Backer** (Amsterdam). **Ein Fall von Zungenkropf. (Een geval van tongkrop.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 9. 1910.*

Eine übrigens gesunde Frau im mittleren Alter kommt wegen erschwerter Athmung und Sprache in Behandlung. Sie hat seit vielen Jahren eine Schwellung unter dem Kinn, welche sich jetzt auch unter die linke Kieferhöhle erstreckt. Dieselbe liegt tief, ist scharf umgrenzt, oft elastisch, nicht schmerzhaft; hängt mit den Mundbodenmuskeln nicht zusammen, ändert sich aber in Lage und Form beim Schlucken und bei Zungenbewegungen. Die Unterlippe, die unteren Schneidezähne und der Processus alveolaris sind stark nach vorne geneigt. Die Zungenbasis ist stark nach oben gewölbt; ihre Oberfläche sieht normal aus. Offenbar liegt die Geschwulst tief zwischen den Zungenmuskeln. Die tiefe Lage zwischen den Zungenmuskeln und die langjährige Dauer lassen an die Möglichkeit von Retentionscysten des Ductus thyreoglossus denken. Weil indessen an der normalen Stelle die Schilddrüse nicht nachweisbar ist, muss die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Struma baseos linguae gestellt werden.

H. BURGER.

69) **A. Austori. Ueber Zungenstrumen. (Sui tumori linguali di natura tiroidea.)** *Clinica Chirurgica. August 1910.*

Der Tumor sass bei einem 12jährigen Knaben am Zungengrunde; Patient zeigte einige Merkmale von Myxödem. Die Schilddrüse fehlte an der normalen Stelle.

Verf. stellt aus der Literatur 54 derartige Fälle zusammen; er bespricht ihre Pathogenese und zeigt, dass ihre Bedeutung verschieden ist, je nachdem die Zungentumoren die Schilddrüse in toto vorstellen oder nur einen beträchtlichen Theil derselben oder einfach eine accessorische Schilddrüse. Er schildert das anatomisch-pathologische Bild der Zungentumoren. Er räth, sich auf eine partielle Abtragung zu beschränken.

CALAMIDA.

70) **Strassburg** (Bremen). **Tumor am Zungengrund.** *Centralblatt f. Chirurgie. 4. 1911.*

Operation verweigert, nach einem halben Jahre spontan vollständig zurückgegangen.

SEIFERT.

71) **Daniel W. Layman. Entartete Tonsillen, ein ätiologischer Factor für das Zustandekommen von Nasen-, Hals- und Allgemeinkrankheiten. (Degenerate tonsils causative factor in producing nose, throat and constitutional affections.)** *Journal Indiana State Medical Association. 15. April 1910.*

Verf. plädirt dafür, jede Tonsille von einigermaassen erheblicher Grösse als Quelle von Schädigungen für die allgemeine Gesundheit zu betrachten und frühzeitig gründlich zu entfernen, nicht nur zur Heilung bereits bestehender Erkrankungen, sondern auch aus prophylactischen Gründen.

EMIL MAYER.

72) **J. A. Burke. Die Tonsillen als Quelle der Allgemeininfection. (The tonsils as source of general infection.)** *Cleveland Medical Journal. Juli 1910.*

Verf. meint, dass manche Fälle von Pneumonie ihre Entstehung in den Tonsillen haben, ebenso Scharlach und Diphtherie. Seiner Meinung nach hat die Tonsille mehr klinische Bedeutung als der Appendix und mehr Todesfälle sind auf ihre Rechnung zu setzen.

EMIL MAYER.

73) **J. P. Rolleston. Vincent'sche Angina. (Vincent's Angina.)** *British Journal of Childrens disease. Juli 1910.*

Die Affection fand sich in 32 Fällen, d. h. in 9 pCt. aller wegen Halsentzündung in das Grove Fever Hospital aufgenommenen Kranken. Am häufigsten kam die Erkrankung im Frühjahr vor, alle Fälle betrafen Kinder im Alter von 2 bis 16 Jahren; Ansteckung wurde nicht beobachtet. Die Affection war gewöhnlich einseitig; es schien nicht, als ob hauptsächlich schwächliche Kinder befallen würden und es wurden keine Prodromalsymptome beobachtet. Allgemeinerscheinungen fehlten ganz oder waren geringfügiger Natur. Die einzige Behandlung bestand in Application von Jod oder Methylenblau.

A. J. WRIGHT.

74) **A. Bruck** (Berlin). **Zwei Fälle von Plaut-Vincent'scher Angina.** (Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft vom 3. Februar 1909.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1909.*

Beide Fälle, die bei jungen Männern ein grosses Ulcus der linken Tonsille zeigten nebst Schwellung der Submaxillardrüsen, liessen die Verwechselung mit Primäraffect zu. Die mikroskopische Untersuchung sicherte die Diagnose.

HEGENER (ZARNIKO).

75) **Kobrak** (Berlin). **Tonsillotomie oder Tonsillectomie?** *Med. Klinik. 7. 1911.*

Die Tonsillectomie befürwortet Kobrak bei häufig recidivirenden peritonsillären Abscessen und bei kryptenreichen, pfropfreichen Tonsillen, die gar nicht selten mit articulär-rheumatischen Beschwerden einhergehen, während die Tonsillarhypertrophien des Kindesalters die Domaine des Tonsillotoms bleiben können.

SEIFERT.



76) **Julius Solow. Tonsillotomie oder Tonsillectomie? (Amygdalotomy or amygdalectomy? Which shall it be?).** *N. Y. Medical Journal. 23. April 1910.*

Wo die hypertrophischen Tonsillen ein Athmungshinderniss bilden oder wo sie mit adenoiden Vegetationen combinirt sind, ist die Tonsillotomie am Platze; wo die Cervicaldrüsen erkrankt sind oder wo Verdacht auf Tuberculose besteht, wo Abscessbildung oder häufige Anfälle von Mandelschwellung sich finden, soll die Tonsillotomie gemacht werden.

EMIL MAYER.

77) **C. Breyre** (Lüttich). **Ueble Zufälle und Complicationen der Amygdalotomie. (Accidents et complications de l'amygdalotomie.)** *Le Scalpel et Liège Méd. No. 5. 1910.*

1. Nie operiren bei vorhandener Angina.
2. Warten, bis wenigstens 8 Tage nach der acuten Entzündung abgelaufen sind.

Bei Hämophilie existirt nur die Indicatio vitalis zur Operation.

Die Adenotomie und Amygdalotomie sind nicht so unschuldig, als man gewöhnlich annimmt; daher genaue Untersuchung und Anamnese, wodurch man sich unangenehme Zufälle erspart. Bei der Operation soll man auf alle Factoren achten, welche eine active und passive Hyperämie der Operationsgegend veranlassen können. Der Ort der Operation muss frei von Infectionskrankheiten sein. Am besten operirt man in einer Klinik oder einem Krankenhause, woselbst man den Kranken noch 24—32 Stunden nach der Operation verweilen lässt.

BAYER.

78) **Alex Wilson. Anästhesie bei Tonsillectomie. (Anaesthetics in tonsillectomy.)** *Medical Chronicle. Mai 1910.*

Verf. räth zur Anwendung einer Chloroform-Aether-Mischung.

A. LOGAN TURNER.

79) **E. E. Clark. Neue Tonsillenzange. (New tonsil-seizing forceps.)** *Journal of the American Medical Association. 5. Juni 1910.*

Die Branchen sind gezähnt und greifen die Tonsille im antero-posterioren Durchmesser, sie können fest geschlossen werden. Die Oeffnung geschieht durch Druck auf einen Knopf am Handgriff.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

80) **Chatelain** (Paris). **Klinische Formen der Nasendiphtherie. (Formes cliniques de la diphtérie nasale.)** *Journal des praticiens. 3. November 1910.*

Unter den klinischen Formen der Nasendiphtherie bezeichnet Verf. eine chronische ambulatorische Form mit leichtem Fieber und langdauernder Nasenverstopfung.

Der Bacillennachweis gelingt dabei noch nach 6 Wochen.

GONTIER de la ROCHE.



81) **Sörensen** (Kopenhagen). **Ueber Returfälle (return-cases) bei Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1911.*

Sörensen giebt statistische Daten über die in den Jahren 1898—1909 geheilt entlassenen Diphtheriekranken, die zum grösseren Theil bacillenfrei entlassen wurden, theils aber — trotz entsprechender Behandlung — noch Bacillenträger waren. Unter den in diesen Jahren entlassenen 7037 Diphtheriekranken inficirten 1,16 pCt. Mitglieder ihrer häuslichen Umgebung, die wieder in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Dabei ergab sich, dass diese Infection sowohl durch entlassene Bacillenträger wie auch durch solche Patienten zu Stande kamen, die bei ihrer Entlassung bei ein- oder mehrmaliger Untersuchung sich als bacillenfrei erwiesen hatten, mit der Einschränkung, dass die Untersuchung auf noch etwa vorhandene Diphtheriebacillen sich nur auf die Rachenorgane beschränken musste. Sollten diese Resultate durch Bestätigung von anderer Seite allgemeine Gültigkeit haben, so sind wir bei den Maassnahmen gegen die Weiterverbreitung der Diphtherie, trotzdem uns deren Virus bekannt ist, nicht besser daran, wie bei dem Scharlach mit seinem uns noch unbekannten Virus.

HECHT.

82) **Schlippers** (Amsterdam). **Erfahrungen bei 676 Tracheotomien während 1899 und 1908.** *Jahrbücher f. Kinderheilkde. Bd. 72. Heft 5. 1911.*

Bei 492 tracheotomirten Fällen von Diphtherie konnten bei genügender Serumbehandlung 18,3 pCt. Mortalität erreicht werden. Der Tracheotomie wird der Vorrang vor der Intubation zugeschrieben.

SEIFERT.

83) **A. M. Stovall. Intubation bei Croup in der allgemeinen Praxis. (Intubation in laryngeal diphtheria by the general practioner.)** *Alabama Medical Journal. Juli 1910.*

Verf. berichtet über eine Anzahl Fälle aus der Landpraxis. Er räth, dass der allgemeine Practiker, wo es irgend geht, für die Intubation einen Specialisten hinzuziehen soll, dass er aber nöthigenfalls im Stande sein soll, selbst den Eingriff zu machen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

84) **E. Erdélyi** (Szeged, Ungarn). **Larynxtuberculose und Gravidität.** *Budapesti orvosi ujsag. 1910. Beilage Szülészet. No. 2.*

Zusammenfassender Bericht für Frauenärzte.

POLYAK.

85) **Portela** (Cadiz). **Heilbarkeit und Therapie der Kehlkopftuberculose. (Curabilidad y tratamiento de la tuberculosis laringea.)** *Revista espanola de laringologia. Juli-August 1910.*

Sehr ausführliche Studie über den Gegenstand.

A. J. TAPIA.

86) **D. v. Navratil** (Budapest). **Kritik des jetzigen Standes der Therapie der Kehlkopftuberculose.** *Gyógyaszat. No. 16 u. 17. 1910.*

Kurze übersichtliche Darstellung der früheren und jetzt üblichen Behandlungsmethoden, zur Orientirung der practischen Aerzte geeignet.

POLYAK.

87) **Imhofer** (Prag). **Fortschritte der Therapie der Kehlkopftuberculose.** *Prager med. Wochenschr. No. 51. 1910.*

Galvanokaustischer Tiefenstich, Lichtbehandlung, Staubinde werden empfohlen. Abgelehnt werden Alkoholinjectionen in den inneren Ast des N. laryng. sup. und die neueren medicamentösen Behelfe, die gewiss nicht mehr leisten, als die altbekannte Milchsäure.

HANSZEL.

88) **Erich Ebstein** (Leipzig). **Zur Schweigebehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Therapeutische Monatshefte. 1910.*

Empfehlung der Schweigebehandlung als Schonungscur. Geschichtliche Notizen.

WILH. SOBERNHEIM.

89) **Lublinski** (Berlin). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Erich Ebstein: Zur Schweigebehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Therap. Monatshefte. Juli 1910.*

Lublinski verweist vor allem auf seine Ausführungen über die Tuberculose in dem Villaret'schen Handbuch der gesammten Medicin, dass nur bei der inneren Kehlkopftuberculose und da, wo keine tiefgreifenden Geschwüre vorhanden sind, mit der Schweigetherapie allein, ohne anderweitige Behandlung, ein Erfolg zu erwarten ist.

SEIFERT.

90) **A. Koch** (Schömberg-Wildbad). **Ueber Sonnenlicht- und Stauungsbehandlung bei Kehlkopfbehandlung.** *Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurorthygiene. 1909/1910.*

Die Sonnenlichtbehandlung bei Kehlkopftuberculose eignet sich nach Erfahrungen des Verf.'s für entzündliche Erscheinungen, welche im Gefolge einer tuberculösen Caries auftreten, für flache Tumoren und Infiltrate und für oberflächliche Geschwüre. Sie eignet sich also für leichte und mittelschwere Kehlkopftuberculosen und für Nachbehandlung chirurgischer Eingriffe. Die Gesammtdauer der Bestrahlung betrug von 3 Stunden an 4 Tagen bis zu 60 Stunden an 75 Tagen.

Empfehlung der Stauung mittels Gummibändchen bei Angina und Schluckschmerzen bei schweren Kehlkopftuberculosen.

WILH. SOBERNHEIM.

91) **S. A. Pfannenstin. Ein Fall von fortgeschrittener Tuberculose des Schlundes und des Kehlkopfes, der durch Anwendung einer neuen Behandlungsmethode geheilt wurde. (Ett fall af framskriden tuberkulos i svalget af struphupadet, som gätt till läkning genom använding af en ny behandlingsmetod.)** *Hygiea. No. 5. Stockholm, Mai 1910.*

92) **S. A. Pfannenstin. Demonstration von neuen Fällen mit NaJ + O_3 behandelt und ausserdem einige Worte zu dieser Behandlungsmethode. (Demonstration af nya fall behandlad med NaJ + O_3, jämte ytterligare nagra erd om denn behanderingsmetod.)** *Ibidem.*

93) **S. A. Pfannenstin. Noch einige Fälle von Tuberculose und Lupus der oberen Luftwege, mit NaJ + O_3 behandelt, nebst Bericht über die practische Anwendung der Methode. (Yttesti gall af tuberkulos och lupus i di öjn luftvägarne, behandlad med NaJ + O_3 samt udogörelte fri metodens tillamping och praktiska använding.)** *Hygiea. No. 6. Stockholm, Juni 1910.*

Seit langer Zeit ist der Verf. mit dem Gedanken beschäftigt, dass ein anti-

septisches Mittel im Gewebe selbst gebildet eine kräftigere antiseptische Wirkung ausüben könnte, als wenn dieses Mittel in Berührung mit dem Gewebe von aussen gebracht würde. Wird z. B. JNa per os und O_3 durch Einathmung aufgenommen, so wird im Gewebe selbst freies J nach folgender chemischer Formel gebildet:

$$2\,NaJ + O_3 + H_2O = 2\,NaOH + O_2 + 2\,NaJ.$$

Dieses abgespaltene J übt eine starke antiseptische Eigenschaft aus und heilt die kranken Processe. Das JNa wird in Lösung gegeben und in einer täglichen Dosis von 0,4—4 g — doch nicht mehr als 2 g auf einmal — unmittelbar vor den Ozonsitzungen. Practisch hat der Verf. seine Behandlung so angeordnet, dass der Kranke die mit O_3 gesättigte Luft eines kleinen Zimmers oder das O_3 unmittelbar vor dem Sammelrohr eines Ozonapparates eingeathmet hat; jede Sitzung dauerte 1—3 Stunden 1—2mal täglich.

Nur locale, oberflächliche ulceröse Processe sind für diese Behandlung geeignet, und Verf. publicirt jetzt 4 Fälle, die an Tuberculose in den oberen Luftwegen gelitten haben und welche durch diese Behandlungsmethode geheilt worden sind; einmal handelte es sich um derartige Veränderungen in den tieferen Theilen des Larynx, ein anderes Mal um solche in den oberen Theilen des Larynx, im Hypo-, Meso- und Nasopharynx, und bei den übrigen um solche in der Nase (Lupus).

E. STANGENBERG.

94) **Nils Arnoldson. Einige Reflexionen über die Pfannenstin'sche Behandlung der Tuberculose. (Några reflexioner angående den Pfannenstinska behandlingen af tuberkulos.)** *Allmänna svenska Läkartidningen. No. 37. Stockholm 1910.*

Verf. kritisirt Dr. Pfannenstin's Casuistik, betreffend die Diagnose, und sagt, dass diese bei einem Falle für Tuberculose in keiner Beziehung beweisend ist und dass Pf. bei zwei anderen Fällen keine sicheren positiven Beweise für die pathologische Diagnose beigebracht habe.

G. STANGENBERG.

95) **K. Syltschow. Trichloressigsäureätzungen bei Kehlkopfschwindsucht.** *Zeitschr. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 3. S. 487. 1911.*

S., ein Schüler von v. Stein (Moskau), behandelte 25 Kehlkopftuberculosen mit concentrirter Trichloressigsäure. Er brachte nach vorausgehender Anästhesirung mit 10proc. Cocainlösung mit der Spitze einer gewöhlichen Kehlkopfsonde einen kleinen Trichloressigsäurecrystall auf den Geschwürsgrund oder auf die Infiltrate (1—6mal wöchentlich). Nicht selten verschwand die Dysphagie, gingen die Oedeme zurück und heilten Geschwüre. Eine stärkere entzündliche Reaction nach Anwendung der Säure wurde in keinem Falle beobachtet. S. kommt zum Schlusse, dass zur localen Behandlung der Kehlkopftuberculose die Trichloressigsäure als das wirksamste Mittel zu betrachten sei.

Wie viele Fälle vollständig ausheilten und geheilt blieben, geht aus der Zusammenstellung nicht genau hervor.

OPPIKOFER.

96) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Die Anästhesie in der modernen Larynxphthisietherapie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Verf. betrachtet zuerst die drei zur Zeit bestehenden Richtungen in der Behandlung der Kehlkopftuberculose, von denen die eine die energische operative Inangriffnahme des localen Leidens, die zweite die Fernhaltung aller Reize von dem erkrankten Organ unter gleichzeitiger systematischer Kräftigung des Gesammtorganismus als oberstes Princip hinstellt, während die dritte auf ein specifisches Heilmittel gegen die Tuberculose ihre Hoffnung setzt. Den beiden erstgenannten schreibt er die wichtigste practische Bedeutung zu.

Im zweiten Theile der Arbeit bespricht Verf. eingehend die Methoden der Spiess'schen Anästhesierung des Larynx durch submucöse Novocaininjectionen, der Herstellung einer Stauungshyperämie des erkrankten Organs nach Bier'scher Art und der Alkoholinjection in den inneren Ast des Nervus laryngeus superior nach Hoffmann.

Verf. zieht aus seinen bisherigen Erfahrungen mit der Alkoholinjection den Schluss, dass wir in derselben ein ungefährliches und relativ einfaches Mittel besitzen, um die Schluckschmerzen der Phthisiker auf Tage und Wochen zu unterdrücken.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

97) **Derscheid. Tuberculöse Tracheo-bronchialadenopathie. (Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.)** *La Policlinique. No. 12. 1910.*

Fall von Tracheobronchialadenopathie als Complication einer tuberculösen Osteoarthritis der Articulation an der Spitze des Sternums mit dem entsprechenden Rippenknorpel.

BAYER.

98) **Botey** (Barcelona). **Schreibfeder fest im Rachen und Kehlkopf eingekeilt. Cervicale Osteoperiostitis. Extraction auf natürlichem Wege und Heilung. (Pluma de escribir fuertemente enclavada en la laringe y faringe. Osteoperiostitis cervical. Estracción por via natural y curación.)** *Archivos de Rino-Laringo-Otol. No. 159. 1910.*

Achtjähriges Kind aspirirte eine Feder, die es im Munde hielt. Die Feder keilte sich horizontal von vorn nach hinten und etwas von rechts nach links, vom unteren Schildknorpelwinkel oberhalb des rechten Taschenbandes bis zum linken Wrisberg'schen Knorpel ein, durchbohrte letzteren, so dass die hintere Pharynxwand mit dem Ligamentum vertebrale und all die anderen Theile derartig anschwollen, dass die Tracheotomie gemacht werden musste. Der Fremdkörper wurde unter Leitung des Spiegels per vias naturales extrahirt. Nach 2 Tagen war die Athmung besser, jedoch bestand Dysphagie, Torticollis und Fieber; man constatirte eine phlegmonöse Schwellung der hinteren Pharynxwand und im Niveau der Aryknorpel eine Fungosität. Die Sondenuntersuchung ergab das Gefühl der Caries des 5. und 6. Cervicalwirbels. Nach Abtragung der Fungosität und Jodbehandlung der osteitischen Fläche trat völlige Heilung ein.

A. J. TAPIA.

99) **J. Payson Clark. Fall von Fremdkörper in der Trachea. Status lymphaticus. Tod. Autopsie. (Case of foreign body in the trachea. Status lymphaticus. Death. Autopsy.)**

Ein 16 Monate altes Kind aspirierte eine Erdeichel (Pea-nut). 2 Tage später sah es der Verf. Die Respiration war beschleunigt und mühsam. Die Roentgenaufnahme ergab keinen Anhalt für das Vorhandenseins eines Fremdkörpers. Da das Kind einen sehr erschöpften Eindruck machte und keine genügende Indication für einen sofortigen Eingriff vorzuliegen schien, so wurde beschlossen, bis zum nächsten Morgen zu warten. In der Rose'schen Lage wurde unter Leitung des Jackson'schen Röhrenspatels mit der Zange fast der ganze Kern der Frucht in mehrere Stücke zerbrochen extrahirt. Unmittelbar nach der Operation — die 5 Minuten gedauert hatte — war der Allgemeinzustand sehr schlecht und bald darauf trat der Exitus ein.

Bei der Autopsie fand sich eine Vergrösserung der Thymus. Es bestand jedoch keine mechanische Kompression der Trachea durch jene. Verf. nimmt vielmehr das Vorhandensein einer „Hyperthymisation" des Organismus an.

EMIL MAYER.

100) **Wittmaack** (Jena). **Beiträge zur Fremdkörperextraction aus den oberen Luftwegen mit Hülfe der directen Methoden.** *Correspondenzbl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 2. 1911.*

a) 11 monatiges Kind: Knochenstück im Larynx; b) 2jähriges Kind: grosser Knochenwirbel eines Aales im unteren Kehlkopfraum; c) 62jähriger Mann: Rückenwirbel vom Hühnchen im rechten Hauptbronchus.

SEIFERT.

101) **H. von Schrötter** (Wien). **Ueber Bronchoskopie bei Fremdkörpern nebst Bemerkungen zur Kenntniss des Asthma bronchiale.** *Wien. med. Wochenschr. No. 2, 3, 4 u. 5. 1911.*

19 Monate altes Kind hatte vor 2 Wochen eine Linse aspirirt, welche auf endoskopischem Wege ohne Narkose aus dem rechten Bronchus entfernt wurde. Charakteristisch für Fremdkörper war der mit einem sägenden Geräusch einhergehende exspiratorische Stridor, die Radioskopie deutete eher auf die linke Seite hin. In einem zweiten Falle wurde ein durch mehr als 4 Wochen im linken Bronchus eingekeiltes Knochenfragment von der 32jährigen Patientin spontan ausgehustet. (Man sah nachträglich das Decubitalgeschwür.) Hinweis auf die Nothwendigkeit einer genauen Inspektion, sobald es sich um die Möglichkeit eines Fremdkörpers handelt. Im dritten Falle handelte es sich um einen 31jährigen Mann, welcher ein künstliches Gebiss in den linken Bronchus aspirirt hatte, wobei sich Schwierigkeiten ergaben in der Feststellung des Sitzes des Fremdkörpers. An der Hand des vierten Falles konnte direct gezeigt werden, dass beim Asthma bronchiale ein gesteigerter Spasmus der Bronchialmusculatur in Betracht kommt und somit als Therapie die endoskopische Einbringung von Medicamenten jedenfalls zu empfehlen ist.

HANSZEL.

102) E. Glas. **Fremdkörper im Bronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 16. December 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1910.*

Entfernung eines 2 Tage vorher aspirirten Stückes einer gebratenen Kastanie aus einem Bronchus zweiter Ordnung rechterseits auf endoskopischem Wege.

O. CHIARI.

103) E. Hopmann (Cöln). **Knochensplitter mit Hülfe der Bronchoskopie entfernt.** *Med. Klinik. 11. 1911.*

Bei einer 50jährigen Frau wurde aus dem rechten Mittellappenbronchus ein 14 mm langer Knochensplitter mit Hilfe der Bronchoskopie (Brünings'sche Krallenzange) entfernt.

SEIFERT.

104) Charles W. Richardson. **Ungewöhnlicher Fremdkörper im rechten Bronchus entfernt mittels Bronchoscopia inferior. (Unusual foreign body in right bronchus removed by lower bronchoscopy.)** *The Laryngoscope. October 1910.*

Es handelte sich um ein Stück Radiergummi. Der Versuch, den im rechten Bronchus sitzenden Fremdkörper durch obere Bronchoskopie zu entfernen, misslang; es wurde daher die Tracheotomie gemacht und die Jackson'sche Röhre eingeführt. Mit den Zangen, die Verf. zur Verfügung hatte, gelang es jedoch stets nur, kleine Stückchen von dem Gummi abzuknipsen. Am nächsten Tage wurde eine mit einem Schraubengewinde — gleich einem Korkzieher — versehene Sonde in den Fremdkörper eingebohrt, und auf diese Weise gelang es endlich, ihn hinauszubefördern.

EMIL MAYER.

105) Sidney Yankauer. **Fremdkörper aus dem Bronchus entfernt. (Foreign body removed from the bronchus.)** *The Laryngoscope. November 1910.*

Der Fremdkörper — eine Erdeichel (Pea-nut) — sass dicht unterhalb der Bifurcation; er wurde mit der Zange ergriffen und extrahirt. Danach fand sich, dass noch ein Partikel des Fremdkörpers im rechten Bronchus sass; er wurde ebenso entfernt.

EMIL MAYER.

106) Avelim Martin. **Kieselstein im rechten Bronchus. Einkeilung desselben im subglottischen Raum während der Tracheotomie. (Caillon aspiré et arrêté dans la bronche droite au niveau de sa première bifurcation. Expulsion et emprissonnement dans la glotte pendant la trachéotomie préparatoire à la bronchoscopie. Extraction par crico-trachéotomie.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 7. 1911.*

Der lange Titel besagt den Inhalt. Die Einkeilung erfolgte zwischen Trachealcanüle und Trachea. Der Knabe war $5^1/_2$ Jahre alt und äusserst ungebärdig, wodurch die Extraction nicht gleich im Anschluss an die Tracheotomie ausgeführt werden konnte. Interessant sind die Dimensionen des Fremdkörpers. Der Kieselstein war 16 mm lang und 9 mm breit. Nach Testut ist die Glottis beim Erwachsenen gewöhnlich 7—8 mm breit. Damit ein Fremdkörper von den genannten Dimensionen durch eine kindliche Glottis durchtreten soll, „muss der Kranke eine ungeheuere Anstrengung gemacht haben" (?).

LAUTMANN.

107) **Hans Seidel** (Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt). **Fremdkörperextraction aus der Lunge.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1910.*

Eingehender Krankenbericht über eine mittels unterer Bronchoskopie erfolgreich durchgeführte Fremdkörperextraktion bei einem 11jährigen Mädchen. Der 2,2 cm lange Bildernagel, dessen Kuppe 0,7 cm breit war, wurde vor 5 Jahren aspirirt. Der Fremdkörper sass im 7. Unterlappenbronchus und hatte zu einer eitrigen Bronchiektasie geführt. Anschliessend differentialdiagnostische und technische Erörterungen.

HECHT.

f. Schilddrüse.

108) **Ernst C. Pick** und **Friedr. Pineles** (Wien). **Untersuchungen über die physiologisch wirkende Substanz der Schilddrüse.** *Zeitschr. f. experimentelle Pathologie u. Therapie. 1910.*

Nach den Resultaten der an myxödematösen Ziegen angestellten Fütterungsversuche scheint die Annahme berechtigt, dass die wirksame Substanz der Schilddrüse durch Eingriffe zerstört wird, die mit einer intensiveren Spaltung des Schilddrüseneiweisses einhergehen, wie sie auch bei der Darstellung des Jodothyrins in Betracht kommen. Die Versuche der Verff. bieten keinen Anhaltspunkt dafür, dass das Jodothyrin die einzig wirksame oder eine der wirksamen Substanzen der Schilddrüse darstelle.

WILH. SOBERNHEIM.

109) **Sukennikowa. Ueber einen Fall von Athyreosis congenita.** *Dissertation. Berlin 1909.*

S. giebt den ausführlichen Sectionsbefund eines Falles von congenitaler Athyreosis bei einem 46jährigen Patienten und vergleicht seinen Befund mit den Arbeiten von Dieterle. Verf. möchte für seinen Fall das durch den totalen Schilddrüsenmangel erzeugte Krankheitsbild als allgemeinen Infantilismus auffassen und im Gegensatz zu den Anschauungen von Dieterle die Anwesenheit einer prämaturen Senescenz ausschliessen.

OPPIKOFER.

110) **Siegmund Kreuzfuchs** (Wien). **Symptomatologie und Häufigkeit der intrathoracischen Struma.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1911.*

Seine in dem Kienböck'schen Röntgeninstitut gesammelten Erfahrungen fasst Autor dahin zusammen, „dass der intrathoracische Kropf keineswegs eine seltene Erkrankung darstellt, dass aber seine Diagnose ohne Heranziehung der Röntgenstrahlen zuweilen auf erhebliche Schwierigkeiten stösst. Die wichtigsten Symptome des intrathoracischen Kropfes sind: Athemnoth, Herzklopfen, Schluckbeschwerden, Husten, Heiserkeit, Stridor, Röthung und Gedunsensein des Gesichts, Cyanose der Lippen, Venenerweiterung am Halse und an der vorderen, oberen Brustpartie, Dämpfung über dem Manubrium sterni und Tiefstand des Kehlkopfes. Alle diese Symptome sind besonders dann zu Gunsten einer intrathoracischen Struma zu verwerthen, wenn weder der Befund an Herz und Lungen, noch die eventuell gleichzeitig vorhandene Halsstruma mit der Vielseitigkeit und dem Grade der Beschwerden recht in Einklang zu bringen sind. Es giebt auch beschwerdefreie Brustkröpfe, die bei der Durchleuchtung zufällig aufgedeckt werden, die aber nicht bedeutungslos sind, da sie die Träger derselben zu Erkrankungen der Respirations- und Cirkulationsorgane prädisponiren."

HECHT.

111) **Mauclaire. Symptome, Diagnese und Behandlung des Kropfes. (Symptômes, diagnose et traitement du goitre.)** *La Clinique. No. 8. 1911.*

Differentialdiagnostisch ist beim Kropfe an den kalten Abscess in der Larynxgegend zu denken, der mit einem Kropfe der Pyramide von Lalonette (unsere Pars intermedia) verwechselt werden kann. Bei Kindern muss man eher noch an congenitale Cysten denken, obzwar man bei Kindern auch congenitale Struma finden kann. Eine einfache Struma mit Krebs oder Sarkom der Schilddrüse zu verwechseln, gehört nicht ins Bereich der Unmöglichkeiten. Manchmal wird die Diagnose erschwert infolge von eingetretenen Complicationen, wie Strumitis, Hämorrhagie in den Drüsenkörper etc. Die Prognose der Struma wird vom Autor als sehr ernst bezeichnet. Was die medicamentöse Behandlung anlangt, so erwähnt Mauclaire die Verabreichung von Thyreoidin und die Einimpfung von normalem Schilddrüsengewebe mit ihren Gefässen. Letztere Procedur, wohl kaum noch als medicamentöse Behandlung zu bezeichnen, ist bisher nur an Hunden versucht worden. Die Anwendung von Röntgenstrahlen ist selten von Erfolg begleitet, die Nachtheile sind bekannt. Was die operative Behandlung anlangt, so basirt sie immer noch auf der Statistik von Reverdin, der für dieselbe eine Mortalität von $3^1/_2$ pCt. angiebt. Mauclaire hat bisher nur 7 Fälle operirt und bei allen die Enucleation nach Socin vorgenommen.

LAUTMANN.

112) **Alamartine** und **Delore** (Lyon). **Brettharte krebsähnliche Thyreoiditis. (Thyroidite ligneuse canceriforme.)** *Société des sciences médicales. Lyon médicale. 29. Januar 1911.*

Demonstration des anatomischen Präparates. Diese bretthaften Thyreoiditen sind äusserst selten; ihre Natur ist wenig bekannt, möglicherweise handelt es sich um Actinomycose. Die von der Schilddrüse ausgehende Erkrankung ergreift nach und nach die ganze Umgebung. Die Carotis war vom Jugulum bis über die Bifurcation hinaus brüchig. Die Affection zeigte die Tendenz, unter Radiumbehandlung zurückzugehen.

GONTIER de la ROCHE.

113) **J. Percy Lewis** und **Bernard J. O'Neil. Acute Thyreoiditis mit Glottisödem. (Acute thyreoiditis with oedema of the glottis.)** *Journal American Medical Association. 12. November 1910.*

Patient wurde mit Bettruhe und Eisumschlägen behandelt, bei Stärkerwerden der Dyspnoe Morphium. Am Tage nach der Aufnahme in das Hospital hatte die Spaltung der Drüse selbst zwar abgenommen, sich aber auf die Nachbarschaft verbreitet, die Lymphdrüsen ergriffen, die Pharyngitis wurde stärker. Dyspnoe und Heiserkeit — die hervorstechendsten Symptome — verschwanden in 3 Tagen. Starke Dysphagie bestand 2 Wochen lang. Es trat völlige Heilung ein. Aetiologisch von Interesse ist, dass mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Infection durch Pferde stattgefunden hatte.

EMIL MAYER.

114) **H. Waechter. Ueber Carcino-Sarcome der Schilddrüse.** *Dissert. Freiburg i. Br. 1909.*

Mittheilung von 4 mikroskopisch genau untersuchten Fällen. In den 2 ersten Fällen handelt es sich zweifellos um eine wirkliche Vermischung zweier Zellarten,

einerseits um epitheliale oder carcinomatöse Formen mit Bildung von Colloid, Hautpigment, Keratohyalin und Hornsubstanz und andererseits um sarcomatöses Gewebe mit Bildung fibrillärer Zwischensubstanz. Im dritten und vierten Falle dagegen besteht kein typisches Carcinosarcom, sondern eine einheitliche Geschwulst, deren Zellen aber morphologisch ausserordentliche Schwankungen aufweisen.

Das Studium von Carcino-Sarcomgeschwülsten ist deshalb von Interesse, weil heute die Frage noch nicht gelöst ist, ob es sich in all' diesen Fällen um unabhängig von einander wachsende, einerseits carcinomatöse vom Epithel, andererseits sarcomatöse vom Bindegewebe abstammende Zellformen handelt, oder ob nur eine Zellform vorliegt, die bald typisches Epithel, bald echtes Sarcomgewebe mit fibrillärer Zwischensubstanz bildet. Die Frage, ob es einen Uebergang epithelialer Geschwulstelemente in Bindegewebe giebt oder nicht, kann auch Verf., obwohl er die Möglichkeit eines solchen Ueberganges anerkennt, an Hand seiner zahlreichen Präparate nicht entscheiden.

OPPIKOFER.

115) **Paul Stiénon. Struma exophthalmica. (Goitre exephtalmique.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 19. 1910.*

In der Sitzung der Brüsseler anatomo-pathologischen Gesellschaft am 7. April 1910 theilt St. einen Fall mit, dessen hervorstechende Eigenthümlichkeiten in der strumösen Erblichkeit und der gleichzeitig vorhandenen mangelhaften Entwickelung des Genitalsystems gelegen sind,

PARMENTIER.

116) **A. Pinard. Morbus Basedow in seinen Beziehungen zur Function der Fortpflanzung beim Weibe. (Exophthalmic geitre in its relation te the function of repreduction in the women.)** *N. Y. Medical Record. 9. October 1909.*

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall, in dem jedesmal Basedowsymptome auftraten, wenn Störungen im Genitalapparat vorhanden waren, spricht Verf. die Annahme aus, dass der Morbus Basedow einen pathologischen Zusammenhang habe mit der Ovulation und nicht mit der Schwangerschaft.

EMIL MAYER.

117) **J. M. Jackson** und **J. F. Eastman. Der gegenwärtige Stand der Therapie des Morbus Basedow. (The present status of the treatment ef exephthalmic geitre.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. September 1910.*

Die frühzeitigen Fälle bessern sich am meisten, wenn man sie dem Princip gemäss behandelt, das Herz zu schonen und die Thätigkeit der Schilddrüse herabzusetzen. In den weit vorgeschrittenen Fällen mit Veränderungen am Herzen kann man schliesslich eine Heilung von dieser Behandlung erwarten, jedenfalls aber eine erhebliche Besserung. Diese Behandlung soll drei Monate lang fortgesetzt werden. Tritt dann keine Besserung ein, so sollen die Gefässe unterbunden werden. Bringt dies keine Heilung, so soll die partielle Thyreodectomie gemacht werden. Im Allgemeinen genügt es, den grösseren Lappen zu entfernen und den anderen mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

118) **H. S. Plummer. Diagnose und Behandlung der Speiseröhrenerkrankungen. (Diagnosis and treatment of esophageal lesions.** *N. Y. Medical Record. 25. Juli 1910.*

Verf. bespricht die Fortschritte, die seit Einführung der Oesophagoskopie und der Röntgenographie in der Diagnose und Therapie der Speiseröhrenerkrankungen gemacht worden sind. EMIL MAYER.

119) **Guisez. Statistik und relative Häufigkeit der verschiedenen Speiseröhrenerkrankungen. (Statistique générale et fréquence relative de différentes affections de l'oesophage.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XVI. 1. Januar 1911.*

Nichts illustrirt besser die Bedeutung, die die Oesophagoskopie gewonnen hat, als die Thatsache, dass Guisez von 1903—1910 die stattliche Anzahl von 930 Kranken zu ösophagoskopiren Gelegenheit hatte, die ihm fast sämmtlich zu diagnostischen Zwecken zugeführt worden sind. Die allergrösste Zahl (650, also $^{3}/_{4}$ der Gesammtzahl) entfällt auf den Speiseröhrenkrebs, eine traurige Thatsache, die schon vor der ösophagoskopischen Periode bekannt war. Man hat diagnostisch eigentlich wenig durch die Oesophagoskopie neu erfahren, doch sind unsere Kennnisse über die spastischen Zustände der Speiseröhre wesentlich gefördert worden. Guisez hat diese Zustände und ihr ätiologisches Verhältniss zu den Divertikeln, wenn es sich um Krankheiten in der Nähe des Oesophagusmundes, und zu der sogenannten idiopathischen Dilatation des Oesophagus, wenn es sich um Cardiospasmus handelt, wiederholt beschrieben. Desgleichen hat Guisez in vielen Aufsätzen die Tuberculose des Oesophagus, die weit häufiger als die Lues ist, beschrieben. Von Fremdkörpern hat der Autor 54 Fälle beobachtet, die sämmtlich schon anderweitig veröffentlicht sind. LAUTMANN.

120) **Zimmern** (Paris). **Radioskopische Untersuchung einer Speiseröhrenverengerung. (Examen radioscopique d'une sténose oesophagienne.)** *Société de Radiologie médicale. 13. December 1910.*

Nach dem Verschlucken des Bismuthbreis, der einige Hustenstösse im Gefolge hatte, sah man auf dem Flourescenzschirm den Bronchialbaum bis in seine feinsten Verzweigungen. Die Autopsie ergab das Vorhandensein einer Tracheo-Oesophagealfistel in Höhe der Bifurcation. GONTIER de la ROCHE.

121) **Arthur Keith. Demonstration, betreffend angeborene resp. unklare Verengerungen und Verschlüsse des Verdauungstractus. (A demonstration on constrictions and occlusions of the alimentary tract of congenital and obscure origin.)** *British Medical Journal. 5. Februar 1910.*

Neun Präparate werden beschrieben, wo es sich um nicht-narbige Stricturen im Anfangstheil des Oesophagus handelte, wahrscheinlich infolge Abnormität des oberen Sphincters der Speiseröhre. Ferner sechs Präparate von Stenose des un-

teren Orificiums mit Dilatation, wahrscheinlich infolge ähnlicher Abnormitäten am cardialen Sphincter. Schliesslich 14 Präparate, bei denen das obere Ende des Oesophagus blind oberhalb der Trachealbifurcation endet, während die untere Portion als ein enges Rohr von der Hinterwand der Trachea vorspringt.

A. J. WRIGHT.

122) **Oddo** und **Sauvan** (Marseille). **Speiseröhrenkrebs mit Tracheo-Bronchialdrüsen. (Cancer de l'oesophage avec adénopathie trachée-bronchique.)** *Le Larynx. 6. December 1910.*

Coexistenz eines Carcinoms und tracheobronchialer Drüsen, wahrscheinlich tuberculöser Natur. Vereiterung der Drüsen und Communication des Abscesses mit dem Oesophagus im Niveau der Krebsulceration. Die Diagnose konnte mit Hülfe der Radioskopie gestellt werden.

GONTIER de la ROCHE.

123) **J. W. Reith. Ueber zwei Fälle von primärem Sarkom des Oesephagus.** *Dissert. Chemnitz 1909.*

Den bereits bekannten 35 Fällen fügt R. zwei weitere hinzu, die im pathologischen Institut zu Chemnitz zur Beobachtung kamen.

Fall 1. Bei 69jährigem Manne sarkomatöser Polyp, ausgehend von der Vorderwand der Speiseröhre unterhalb der Bifurcation. Ungefähr an gleicher Stelle fand sich noch ein Plattenepithelcarcinom. Ein zweites Carcinom wurde an der kleinen Curvatur des Magens nachgewiesen.

Fall 2. Der hühnereigrosse, zum Theil ulcerirte Tumor sass bei dem 47jährigen Manne direct unterhalb des Ringknorpels an der Vorderfläche des Oesophagus.

Histologisch handelte es sich in beiden Fällen um gemischtzellige Sarkome.

OPPIKOFER.

124) **Hennebert. Die Oesephagoskepie. (L'oesophagoscopie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 45. 1910.*

In einer Mittheilung im Brüsseler Cercle médical vom 7. October 1910 giebt der Autor eine historische Uebersicht und Beschreibung des Brünings'schen Apparates mit Auseinandersetzung der Technik und der Resultate, welche diese Operation vom physiologischen, diagnostischen und therapeutischen Gesichtspuncte aus darbietet.

PARMENTIER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Juni 1910.

Vorsitzender: Docent Dr. Roth.

Marschik spricht über die Behandlung der Narbenstenosen der Naseneingänge mit Demonstration von drei Patienten. Er empfiehlt bisquitförmige Dilatatoren, die in dem Introitus von selbst halten.

Kahler stellt einen Patienten vor, welcher im Anschluss an eine Gaumenverletzung durch ein Pfeifenstück ein aussergewöhnlich ausgedehntes Hautemphysem zeigt.

Kahler demonstrirt ferner an einem Patienten die Einführung eines von Chiari-Marschik angegebenen Flügelbolzens zur Dilatation narbiger Stenosen nach Laryngostomie.

Glas: 1. Patientin mit toxischem, im Anschlusse an eine Angina phlegmonosa aufgetretenem Exanthem des Gesichtes.

Discussion: Menzel möchte einen Zusammenhang der beiden Affectionen nicht zugeben.

2. Patientin mit miliarer Tuberculose der Mundschleimhaut.

Discussion: Menzel sah den Fall vor 2 Monaten.

3. Patientin mit Taschenbandsprache. Narben im Gebiete der vorderen Commissur und subglottische Infiltrate, Unbeweglichkeit der Stimmbänder infolge Schnittwunde vor 22 Jahren (Tentamen suicidii).

Discussion: Roth und Fein.

4. Röntgenbilder einer sehr grossen Kiefercyste, welche einen bis an das Septum reichenden Gerber'schen Wulst aufweist.

Discussion: Weil empfiehlt, vor der Operation Aetzmittel zu versuchen, desgleichen Roth.

Hanszel bespricht einen Fall von angioneurotischem Oedem des Pharynx, eine hochgradige Stenose bedingend.

Kofler berichtet über zwei Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus. Beide endoskopisch entfernt. In einem Falle trat nach der Extraction Exitus ein infolge Perioesophagitis, Mediastinitis und Pleuritis. Im anderen Falle Heilung.

Menzel demonstrirt einen nach seiner Angabe von der Firma Reiner, Wien I, Franzensring, hergestellten Haken für die Fossa canina bei Eröffnung der Kieferhöhle.

Sitzung vom 8. November 1910.

Fein hat in einem Falle von Rhinosklerom das Ehrlich'sche Mittel „606“ injicirt, ohne irgend eine Veränderung der afficirten Schleimhautpartien zu erreichen. Wassermann war stets negativ. F. bespricht zweitens einen Fall von Syringobulbie, auf welche Erkrankung erst durch den Larynxbefund (rechts-

seitige Recurrenslähmung etc.) aufmerksam gemacht wurde. Weiter wird ein 15jähriger Bursche mit beiderseitiger angeborener Choanalatresie demonstrirt. Nach einseitiger Operation verwandelte sich die Rhinolalia clausa in eine aperta und störte den Patienten mehr als ante operationem, so dass die Frage zur Discussion gestellt wird, ob mit Rücksicht auf die Sprachstörung auch die zweite Nasenseite frei zu machen sei oder nicht, welche Frage von den Sprachärzten Stern und Fröschels, sowie von Roth im bejahenden Sinne beantwortet wird.

Fröschels spricht über die seltene Form des Sigmatismus nasalis, wobei es sich hauptsächlich um eine fehlerhafte Function des weichen Gaumens handelt, während die anderen Arten des Sigmatismus Fehler in der Zungenstellung sind.

O. Chiari stellt einen Patienten vor, welchem er eine Revolverkugel aus der Keilbeinhöhle extrahirte, deren Sitz radioskopisch festgestellt wurde. Durch einige versprengte Theilchen der Kugel (Skiagramm) kam es vorübergehend zu meningealen Reizungen. Ferner wird über die Extraction eines Zehnhellerstückes aus dem rechten Hauptbronchus bei einem 10jährigen Patienten berichtet.

Kahler und Marschik entfernten auf extralaryngealem Wege ein breit aufsitzendes hühnereigrosses Fibrom aus dem Larynx bei einem 32jährigen Patienten. Anknüpfend an diesen Fall bespricht Réthi einen ähnlichen, von ihm vor 15 Jahren beobachteten.

Kahler demonstrirt zwei Patienten mit primären Bronchialtumoren (Myxosarkom und Adenocarcinom).

Glas stellt einen Patienten mit bulbären Symptomen einer multiplen Sklerose vor und demonstrirt einige Röntgenbilder von Kiefercysten, bei denen der Gerber'sche Wulst stark ausgebildet ist, und empfiehlt für solche Fälle die Denker'sche Operation.

Neumann demonstrirt einen kleinnussgrossen Tumor des Taschenbandes (Sklerom) und einen Spatel zur directen Laryngoskopie, mit welchem gleichzeitig narkotisirt (in Verbindung mit Junker) und endolaryngeal operirt werden kann (Firma Leiter-Wien).

J. Braun stellt einen Fall von epipharyngealem Divertikel vor.

Hierzu sprechen Chiari und Fein, welch letzterer den congenitalen Ursprung bezweifelt.

Hutter demonstrirt eine wahrscheinlich angeborene Communication zwischen beiden Keilbeinhöhlen.

Hierzu sprechen Réthi (analoger Fall) und Glas.

Sitzung vom 7. Dezember 1910.

O. Hirsch: Tumor der Hypophyse auf endonasalem Wege erfolgreich operiert.

Glas berichtete über zwei durch Salvarsanbehandlung geheilte Fälle von Kehlkopfsyphilis, zu welchem Thema Roth, Réthi und Kahler einige Bemerkungen machen.

Kahler spricht über einen Fremdkörperfall der Trachea. Ein Einkronenstück stak 5 Monate lang sagittal im oberen Trachealabschnitt eines 20 jährigen Mannes. Die sagittale Einstellung hatte keine nennenswerte Atembehinderung zur Folge, der Sitz im nervenarmen oberen Trachealabschnitt erklärt die geringen Beschwerden, das Versagen der Röntgenaufnahme ist durch die Durchleuchtungsrichtung von vorne bedingt.

Weiter demonstriert Kahler einen Patienten, der ausser an anderen Stellen auch am Zahnfleisch Skleromknoten zeigt, einen Fall von Gumma des Pharynx im Heilungsverlauf nach einer Salvarsanbehandlung.

Ferner berichtet der Vortragende über die Extraktion eines Pinseldrahtes aus dem Oesophagus eines Mannes, welchem der Draht gelegentlich einer Selbstpinselung der Nase entschlüpfte, und endlich über ein Carcinoma des Hypopharynx, das sich ausserordentlich langsam vergrösserte.

Fein stellt einen Mann vor, bei welchem es infolge Ueberfahrenwerdens von einem Automobil über das Gesicht daselbst unter anderen zu schweren Destruktionen im Bereiche der Nebenhöhlen kam. Zu diesem Falle bemerkt Hirsch, dass sich trotz Gehirnprolapses in eine Nebenhöhle keine Meningitis entwickelte, sei wiederum ein Beweis für die geringe Gefahr der Meningitis bei Freilegung des Gehirns.

Der Vortragende berichtet ferner über den Obduktionsbefund eines in der Februarsitzung 1908 vorgestellten Larynxcarcinoms nach 8 jähriger Beobachtungszeit.

Stern spricht über Sigmatismus.

Glas demonstrirt einen Patienten mit Tonsillarschanker combinirt mit dem Bilde der Vincent'schen Angina.

J. Braun: Isolirte Tuberkulose des Zahnfleisches und der Processus alveolares bei einem 47 jährigen Arbeiter.

Discussion: Fein hält die Erscheinungen am Zahnfleisch für secundär und das Ulcus am Alveolarfortsatz für primär. Hanszel.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XIX. Versammlung am 4. und 5. Juni 1910 in Leiden.

Vorsitzender: Moll.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren van Anrooy als Schatzmeister und Burger als Secretär und Bibliothekar. An Stelle des Herrn Moll, der sich zurückzieht, wird Herr Schutter zum Vorsitzenden gewählt.

I. H. Zwaardemaker, Portative und klinische Camerae silentae.

II. Th. E. Ter Kuile (Haag). Beitrag zur Physiologie der Stimmbildung und der Klangwahrnehmung.

Vortragender hat an sich selbst eine Reihe von Untersuchungen angestellt. Hypo- und Mesopharynx bilden eine Höhle, welche sich beim Singen, ansteigend von den tiefsten Brusttönen zu den höchsten Falsetttönen allmählich von einem

schlaffwandigen, querovalen, weiten Raume in einen steifwandigen, viereckigen, engen, mehr rohrförmigen Raum umwandelt. Bei den hohen Tönen ist der Kehlkopf vom Rachen fest umklammert. Bei tiefen Tönen schwingen Kehlkopf, Luftröhre und Brustkorb mit; bei den höheren Tönen fühlt man diese Theile fast gar nicht schwingen. Die ganze Rachenmusculatur ist bei den hohen Tönen mehr gespannt; gleichfalls die Gaumenmuskeln. Diese Veränderungen des Rachens sind nicht kennzeichnend für den Unterschied zwischen Brust- und Falsettregister, sondern bloss für die Tonhöhe. Der kennzeichnende Unterschied zwischen den beiden Registern liegt nicht im Ansatzrohr, sondern in den Stimmbändern und dem Conus elasticus. In der Bruststimme ist das Stimmband nach oben convex; im Falsett dagegen platt oder sogar concav.

Discussion: Zwaardemaker kann sich diesen Ausführungen nicht ganz anschliessen. Die Stroboscopie lässt deutlich erkennen, dass im Brustregister die Stimmbänder in ihrer vollen Breite schwingen; im Falsett dagegen nur ein kleiner Rand. Die Polsterbewegung Ewald's hat er nie beobachten können.

III. A. Sikkel (Haag). a) Eine Krankengeschichte von historischer Bedeutung.

Es handelt sich um den berühmten holländischen Schriftstellers Busken Huet, bei dem von Bruns (Krankengeschichte Nr. 2) einen Stimmbandpolypen entfernt hat. Der Prof. Huet hatte die richtige Diagnose gestellt; und ist die Sache für die Geschichte der Laryngoscopie in den Niederlanden von Interesse.

b) Postanginöse Halslähmungen.

Erstens eine linksseitige Recurrenslähmung im Anschluss an eine Angina lacunaris. Der zweite Fall betrifft einen Herren, der plötzlich stechenden Schmerz in der Mandelgegend bekam, und drei Tage später Gaumenlähmung. Der weiche Gaumen war links gelähmt; sonst keine Abweichung. Drei Tage später, unter zunehmenden Schluckbeschwerden, Heiserkeit. Nun zeigte sich das linke Stimmband in Hyperabduction fixirt; Larynx roth; Sensibilität erhalten. Der allgemeine Zustand wird schlechter: Unwohlsein, Kopfschmerz, Erbrechen. Es besteht bedeutender Druckschmerz an der linken Halsseite zwischen Zungenbein und Schildknorpel. Auch der linke Sterno-cleido ist auf Betastung sehr schmerzhaft, gleichfalls der obere Rand des Cucullaris; Erheben des linken Armes ist schwer; Kopfumdrehen ist ebenfalls schwer und schmerzhaft. Indessen hat der Katarrh zugenommen; starke Secretion. Kein nennenswerthes Fieber. Am siebzehnten Tag beginnt die Reconvalescenz. Von den Lähmungen erholt sich das Stimmband am ersten. Nach acht Tagen ist die Beweglichkeit nahezu normal und auch der Katarrh verschwunden. Dann erholen sich Gaumen und Rachen, während Sterno-cleido und Cucullaris erst nach fünf Monaten gänzlich ausgeheilt sind.

Vortragender erblickt in diesem Falle eine Bestätigung der Grabower'schen Auffassung, nach welcher solche Fälle durch einen Uebergang der Entzündung vom Vagus auf den Accessorius in der Gegend des Foramen jugulare zu erklären seien. Die Hyperabduction erklärt er durch eine totale Adductorenparalyse mit Einschluss des Crico-thyreoideus, bei erhaltenem Posticustonus.

Discussion:

Broeckaert meint, es habe sich in dem vorliegenden Falle vielleicht nicht um eine Posticuslähmung, sondern um eine vollständige Recurrensparalyse gehandelt.

Burger ist auch nicht von allen Zweifeln frei. Ohne Obductionsbefund kann dieser Fall als ein wichtiger Einwand gegen das Semon'sche Gesetz nicht gelten.

Sikkel weist auf die extreme Abduction hin: das Stimmband war unter dem Taschenband gänzlich verschwunden.

IV. F. H. Quix. Accommodation des Ohres.

V. H. Burger (Amsterdam). Die Behandlung der Oberkiefercysten.

Empfehlung der Methode von Partsch, nach welcher die äussere Wand der Cyste gänzlich abgetragen, die innere Epithelbekleidung derselben aber sorgfältig intact gelassen wird. Er theilt fünf einschlägige Fälle mit.

Discussion:

Brat empfiehlt die Operation nach dem Luc'schen Princip mit einer Gegenöffnung im untern Nasengang.

Brockaert hält für grosse Cysten die Luc'sche, für kleine die Partsch'sche angezeigt.

ten Cate hat eine sehr grosse vereiterte Cyste, in welcher ein Zahn gefunden wurde, mit gutem Erfolg nach Luc operirt.

VI. F. H. Quix (Utrecht). Modification der Nachbehandlung der Stirnhöhlenoperation.

Vortragender operirt vorzugsweise nach Ogston-Luc. Nach der Operation verschliesst er den medialen Abschnitt der Hautwunde nicht, sondern führt einen Vioformgazestreifen von dort bis in die Nase. Bei dem täglichen Verbandwechsel wird am oberen Ende des Streifens ein Draht geknüpft, welcher an einen neuen Gazestreifen gebunden ist, sodass jedesmal ein reiner Gazestreifen durch den ganzen Stirnnasenkanal hindurchgeführt werden kann. Mit dieser permanenten Drainage hat er acht Patienten mit Erfolg behandelt.

Discussion:

Struyken freut sich, dass der Herr Vortragende eine conservative Operationsmethode übt.

Burger hingegen glaubt, man solle nicht früh eingreifen; in den Fällen aber, wo operirt wird, sei die Operation eine möglichst radicale. Die beschriebene Gazebehandlung scheint ihm wenig nachahmenswerth zu sein.

Sikkel betrachtet die beschriebene Behandlung als veraltet und unbefriedigend.

Moll bevorzugt die Killian'sche Operation.

Broeckaert meint, dass in den Fällen, wo eine Operation angezeigt ist, immer auch das Siebbein erkrankt ist. Drainage mittelst eines Gazestreifens ist mit Recht verlassen worden, seit man mit Killian das Siebbein weit eröffnet hat.

Quix entfernt vor der Operation die mittlere Muschel und das erkrankte vordere Siebbein von der Nase aus.

Moll und Burger meinen, dass dies in gründlicher Weise von der Nase aus nicht geschehen kann.

VII. C. J. A. van Iterson (Leiden): Saugbehandlung von Peritonsillitis sowie von Stirnhöhlenaffectionen.

Im Ganzen hat Vortragender 28 Patienten mit Peritonsillitis mit den Polyakschen Instrumenten behandelt. In zwei Fallen musste incidirt werden; in sämmtlichen anderen Fällen war die Behandlung unmittelbar schmerzstillend und nach wenigen Tagen trat Heilung ein. Die Behandlung ist indicirt, wenn noch keine Abscedirung besteht.

Bei den acuten Stirnhöhlenaffectionen wurde nach Sondermann gesaugt. Auch hier waren die Resultate günstig. Namentlich ist hier die grosse Einfachheit der Behandlung betonenswert.

Discussion.

Quix erinnert, dass der „negative Politzer“ bereits vor Bier bestand.

Struycken meint, dass oft keine Luft in der entzündeten Höhle anwesend sein wird; er fragt, wie es da möglich sein wird, Eiter aus derselben herauszusaugen. In acuten Fällen erachtet er zu starke Saugung als nachtheilig wegen Gefahr der Schleimhautschwellung und submucöser Blutungen.

van Iterson zerstäubt vorher Adrenalin-Cocain in die Nase. Von Blutungen hat er nie was gespürt.

Sikkel erwähnt, dass lange vor Bier, im Jahre 1890, unser jetziger Vorsitzender das Ansaugen acut entzündeter Nebenhöhlen empfohlen hat, und zwar mittelst eines „umgekehrten Valsalva“. Er liess den Patienten die Nase verschliessen und dann tief einathmen.

VIII. A. de Kleyn (Utrecht): Drei Fälle von Opticusaffection nach Nebenhöhlenentzündung.

Zwei Fälle von Atrophia papillae post neuritidem. In dem einen Fall ein geschlossenes Empyem im hinteren Siebbein; in dem anderen sämmtliche hintere Nebenhöhlen mit polypösen Granulationen ausgefüllt.

Der dritte Fall ist interessant, weil die Augensymptome ein Nebenhöhlenleiden vermuthen liessen. Allein es wurde ein solches nicht gefunden. Bei der Obduction fand sich eine von der Dura ausgehende, den Gesichtsnerven in Canalis opticus umgebende Geschwulst.

Discussion.

Brat theilt zwei Fälle mit: 1. Ein Mädchen mit beginnender Neuritis retrobulbaris, Vergrösserung des blinden Fleckes für Weiss und Farben. Auf beiden Seiten wurden die mittlere Muschel und Polypen aus dem oberen Nasengang entfernt. Das Auge wurde dann ganz normal. — 2. Ein Mann mit rasch abnehmender Gesichtsschärfe infolge von Neuritis optica links. Die Nasenschleimhaut war links ein wenig geschwollen; sonst keine Abweichungen. Nach Conchotomia media folgte rasche Heilung mit normalem Visus. In diesen beiden Fällen wurden keine Nebenhöhle eröffnet.

de Kleyn ist überzeugt, dass so gut wie immer das Eröffnen der Nebenhöhlen nöthig sein wird.

Kan behandelte zwei Fälle ohne Nebenhöhlenentzündung und ohne Polypen, wo nur eine chronische Entzündung der Nasenschleimhaut bestand, und wo nach Eröffnung der hinteren Nebenhöhlen die Augen schnell ausheilten.

Quix hat wiederholentlich auf dringendes Ersuchen des Augenarztes hin in Fällen operirt, wo eine deutliche rhinologische Indication nicht bestand, und war erstaunt über die oft erheblichen Veränderungen, wiewohl in solchen Fällen Eiterung selten ist.

Struycken ist nicht sehr optimistisch gestimmt. In Fällen mit Eiter in der Keilbeinhöhle und Opticusaffection erlebte er von der Operation keine Verbesserung. In sämmtlichen Fällen ohne Eiter könne man nicht anders wie einen indirecten Einfluss annehmen; wenigstens gilt das für die Neuritis axialis.

de Kleyn sagt, dass bei Neuritis axialis der Verlauf nach Nasenoperation meistens günstig ist. Bei Neuritis optica, welche infolge Nasenleiden viel seltener vorkommt, sei die Prognose eine ungünstigere.

IX. P. Th. L. Kan (Leiden): a) Ein Fall von erworbener Gehörgangsatresie. b) Oesophagoscopische Irreführung.

Die Sonde stösst in einer Entfernung von 36 cm von der Zahnreihe auf einen unüberwindlichen Widerstand. Das Oesophagoscop gleitet in einer Tiefe von 43 cm glatt in den Magen und lässt etwas Abnormes nirgendswo entdecken.

Einen Monat nachher wird eine Geschwulst in der Magengegend fühlbar. Der Patient starb einen Tag nach der operativen Entfernung eines grossen Carcinoms der kleinen Curvatur. Aus dem Sectionsbefund geht hervor, dass die Geschwulst bei Lebzeiten oberhalb der Cardia einen gewissen Druck auf die Speiseröhre ausgeübt hat. Offenbar ist die Olivensonde von der Geschwulst gefangen worden, während das dicke Oesophagoscop die Masse zur Seite gedrückt hat. Im Magen ist nur der Fundus, nicht aber die Geschwulst sichtbar gewesen.

X. H. Burger (Amsterdam): Vorstellung eines Falles von Kehlkopfluftsäcken beim Menschen.

Knabe, 12 Jahre alt, Asthmapatient. Beim gewöhnlichen Husten entsteht plötzlich heftiger Schmerz an der linken Seite des Halses, der bald wieder nachlässt. Seitdem beim Husten immer eine sehr starke Anschwellung des ganzen Halses, namentlich aber eine umschriebene mandaringrosse, runde, prall-elastische Schwellung rechts hinter dem Sterno-cleido, welche nach dem Husten sogleich wieder verschwindet. Auch beim Pressen entsteht diese Schwellung und bleibt, so lange das Pressen anhält. Percussionston über denselben matt. Stimme normal. Laryngoscopisch nichts Abnormales; nur fällt beim Husten das feste Aneinanderschliessen der Taschenbänder auf.

Die Schwellung ist wohl nicht anders wie als ein Luftsack zu erklären, der von der Geburt an bestanden haben muss, der sich aber erst am Tage des initialen Schmerzes entfaltet hat. Der matte Percussionston spricht gegen diese Annahme nicht: bei starker Wandspannung kann das Resultat der Percussion eines mit Gas gefüllten Organes negativ sein.

Vortragender bespricht die einschlägige Literatur, erwähnt die bekannte Analogie mit den Luftsäcken der höheren Affen, und weist darauf hin, dass nicht eine Erklärung für alle Fälle passt. Eine Unterscheidung zwischen angeborenen und erworbenen Säcken dürfte sich mit der zwischen äusseren und inneren ziemlich decken. Die äusseren, als eine Geschwulst am Halse sich präsentirenden Säcke sind in ihrem Bau denjenigen den anthropomorphen Affen völlig ähnlich. Sie sollen, wenn auch nicht als ein atavistisches Zeichen, dennoch als eine teromorphe Varietät aufgefasst werden. Die inneren (endolaryngealen) Säcke verdanken oftmals zufälligen anatomischen oder pathologischen Verhältnissen ihre Entstehung: Verlust der Widerstandsfähigkeit der lateralen Kehlkopfwand infolge einer vorausgegangenen tuberculösen oder carcinomatösen Affection, welche übrigens die localen Verhältnisse derartig gestaltet hat, dass die Exspirationsluft leicht in den Morgagnischen Ventrikel hineingeräth. Im Falle von Cohen Tervaert (Niederl. Ges. 1897) bestand eine alte Recurrenslähmung. Der Kan'sche Fall (Z. f. L., B. I.) beruhe wahrscheinlich auf intrauteriner Entzündung.

XI. P. Th. L. Kan: Beitrag zur Kenntnis der Chirurgie der Hypophysis cerebri.

Bei einem 35 jährigen Manne seit einem Jahre zunehmende Erblindung, bitemporale Gesichtsfeldeinengung, Polydypsie, Polyphagie, Polyurie, Quecksilbercuren ohne Erfolg. Die hinteren Nasennebenhöhlen werden geöffnet: kein Eiter, kein Einfluss auf das Augenleiden. Deutlich zunehmende Glycosurie; Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel, Pulsverlangsamung und Erbrechen. Auf dem Roentgenogramm keine deutliche Erweiterung der Sella turcica. Hypophysisoperation nach Kocher. Nach temporärer Resection der äusseren Nase und Resection des oberen Teiles der Nasenscheidewand lag die vordere Keilbeinhöhlenfläche sehr schön zu Tage. Die vordere Wand derselben wurde abgetragen; die Höhle war leer. Mit einem feinen Meissel wurde in der hinteren oberen Wand eine Oeffnung gemacht; allein es zeigte sich keine Geschwulst. Auch Punction war ohne Resultat. Wundverlauf glatt. Hirndrucksymptome sofort verschwunden; auch jetzt, nach vier Monaten ist der Zustand noch sehr zufriedenstellend.

Vortragender plädirt stark für die Operation von aussen und verwirft die endonasalen Methoden.

Discussion.

Quix theilt zwei einschlägige Fälle mit aus der chirurgischen Klinik in Amsterdam. Der eine Patient starb auf dem Operationstisch; der andere nach der Operation. Hier trat noch vor der Eröffnung des Keilbeines eine fast unstillbare Blutung auf. Post mortem wurde in dem einen Falle ein Cholesteatom, in dem anderen ein Sarcom der Dura gefunden in der Gegend der Hypophyse. Der Eindruck war, dass die Narkose und das Umklappen der Nase für solche schwere Kranke zu eingreifend sei. Uebrigens wird es immer unmöglich sein, durch ein ganz kleines Loch eine Geschwulst zu entfernen. Der endonasale Weg ist viel einfacher.

Kan erwidert, dass bei der Kocher'schen Operation, wegen des Lospräpa-

rirens der Schleimhaut die Blutung sehr gering ist. Die endonasale Operation sei weit mehr eingreifend.

XII. J. van der Hoeven Leonhard (Amsterdam): Demonstration von Instrumenten

1. Kräftige, dennoch schlanke Greifzange für die Nase.
2. Gaumenheber, der durch drei Drähte, von denen zwei durch die Nase, einer durch den Mund gehen, fixirt wird.
3. Modificirtes Moure'sches Eperotom.
4. Modificirte Stirnlampe, die wie eine Brille getragen wird.

XIII. C. J. A. van Iterson (Leiden): Tödtlich verlaufendes angioneurotisches Oedem nach Tonsillotomie.

Bei einem gesunden Manne, 20 Jahre alt, Tonsillotomie mittelst Morcellateur von Ruault. Nach einigen Stunden Dyspnoe und Tod. Bei der Section zeigte sich ein starkes Kehlkopf- und Lungenödem. Die Familie erzählte, dass Patient nach geringfügigen Verwundungen stets starke Schwellungen bekommen habe. Blutung hatte nicht stattgefunden.

XIV. F. H. Quix: Klangerscheinungen um einen Klangstab herum.

H. Burger.

---

c) Französische chirurgische Vereinigung.

XXIII. Tagung, Paris, 3. bis 8. October 1910.

Delore (Lyon) (Berichterstatter): Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.

Man muss zunächst unterscheiden zwischen der echten Basedow'schen Krankheit und jenen Formen von Kropfkrankheiten, die mit der Zeit die Charaktere der Basedow'schen Krankheit annehmen. Diese letzteren Formen werden, wenn rechtzeitig erkannt, radical curirt durch Entfernung der Struma. Die Mortalität dieser Strumaoperationen übersteigt nicht die der gewöhnlichen Strumaoperationen. In einem späteren Stadium ist diese „basedowisirte“ Struma kaum mehr noch von der echten Basedow'schen Struma zu unterscheiden und verlangt dieselbe Behandlung.

Was die chirurgische Behandlung der Struma exophtalmica anlangt, so bespricht der Berichterstatter zunächst die zwei klassischen Methoden, nämlich die Ligatur der Schilddrüsenarterien und die Thyroidectomie, die von dem Princip ausgehen, dass der Morbus Basedowii direct eine fehlerhafte Secretion der Schilddrüse zur Voraussetzung hat. Die Technik der Operation wird des Näheren beschrieben. Unter den Nachwirkungen der Operation erwähnt der Berichterstatter das aseptische postoperative Fieber, die acute Asystolie oder den Thyroidismus acutus, beide wahrscheinlich bedingt durch Resorption von Thyroidstoffen, und den Thymustod. Die Hypertrophie der Thymus wird von Hansemann und Capelle als häufiger Befund bei Basedow betrachtet. Lucien und Parisot geben das häufige Erhaltensein der Thymus beim Morbus Basedowi zu, sehen aber hierin nur ein zufälliges Ereigniss. Auch sonst findet man bei Necropsien die Thymus erhalten, ohne dass deren Anwesenheit beim plötzlichen Tode eine Rolle spielt. Nichts-

destoweniger glaubt der Berichterstatter, dass es verboten ist, eine Basedowstruma zu operiren, wenn man gleichzeitig eine Hypertrophie der Thymus konstatirt. Leider ist diese Diagnose keine leichte vor der Operation.

Von grosser praktischer Wichtigkeit ist zu wissen, dass die Genesung nach der Operation keine plötzliche ist, sondern sich in 2 Phasen abspielt. Zunächst verschwindet die Tachycardie, und damit stellt sich subjectiv ein Gefühl des Wohlbefindens ein, das Anfangs wohl nur psychisch begründet ist. Die früher ausgesprochenen Congestionszustände des Kopfes (fliegende Röthe, Klopfen der Carotiden etc.) verschwinden ebenfalls, sobald der Druck von Seiten der Schilddrüse nachlässt. Erst in einer weiteren Phase bessert sich der Zustand des Patienten der Art, dass man von Genesung sprechen kann. Das Zittern, die psychischen Störungen, die Augensymptome verschwinden zu allerletzt. Von einer Genesung im strengen Sinne kann man aber doch nur ausnahmsweise sprechen, da immer noch das eine oder andere Symptom nachzuweisen sein wird. Jedenfalls sind Monate und manchmal Jahre hierzu nöthig. Ob diese Resultate dauernd sind oder nicht, hängt nicht nur von der Operation, sondern auch von der Dauer der Krankheit ab. Im Anfangsstadium, bei verhältnissmässig jungen Patienten, sind die besten Resultate erzielt worden.

Die Sympathectomie ist gegenüber der Strumaoperation viel seltener beim Basedow gemacht worden. Jonnesco war der erste, der die totale Abtragung des Halssympathicus beim Basedow befürwortete. Die gegenwärtigen Resultate dieser Operation sind in manchen Fällen ganz eclatante, in anderen Fällen fehlen sie, ohne dass man von vornherein etwas hierüber aussagen kann. Vielleicht sind die Resultate besser bei älteren Frauen als jungen Mädchen; auch scheint, dass die Resultate gut sind, wenn der Morbus Basedowii ohne Struma einhergeht und die Augensymptome die hervorstechenden sind. Merkwürdigerweise können die subjektiven Symptome sich bessern, ohne dass in den objectiven Symptomen des Basedow eine Besserung eintritt. Weniger Verbreitung wie die Sympathectomie hat die Resection des Ganglion cervicale superius des Sympathicus gefunden.

Lenormant (Correferent) geht von dem Grundsatze aus, dass zwischen der einfachen Struma und dem echten Morbus Basedowii keine principiellen, wohl aber graduelle Unterschiede existieren. Infolgedessen ist für Lenormant die Behandlung des Morbus Basedowii Gegenstand der Chirurgie, nur in Ausnahmefällen Sache des Internisten. Nichtsdestoweniger ist Lenormant doch gezwungen, zuzugeben, dass der Symptomencomplex, der den Morbus Basedowii darstellt, ein so eigenartiger ist, dass er die Sonderstellung in der Pathologie behaupten muss.

Was die Gefahren der chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii anlangt, so muss man unterscheiden zwischen den Operationen, die gegen die Struma gerichtet sind, und jenen, bei denen der Sympathicus operirt wird. Während die Statistiken zeigen, dass die Gefahren der ersteren als gering anzuschlagen sind, ist die Mortalität der Sympathicusoperationen eine relativ hohe (16 pCt.) Desgleichen sind die guten Resultate oder gar Heilungen selten nach der Sympathectomie, während die Strumaoperationen eine ganz hohe Procentzahl von Besserungen und Heilungen ergeben. Die nicht-chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii hat bisher noch keine sicheren Heilungen, namentlich schwerer Fälle, ergeben. Die

verschiedenen Serotherapien und Organotherapien, die verschiedenen electrischen Behandlungen können durchaus nicht mit den Resultaten der chirurgischen Behandlung wetteifern.

Infolgedessen sind die Gegenanzeigen der chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii für den Berichterstatter nur spärlich, aber sie existiren doch. Schwere organische Verängerungen, die sogenannte Basedow-Cachexie, stellt die erste dieser Gegenanzeigen dar. Dann gibt es Formen von einem hyperacuten Basedow, der eine äusserst maligne Form darstellt, die in wenigen Wochen zum Tode führt und die ebenfalls keinen Gegenstand chirurgischer Behandlung bildet. Die gleichzeitige Hypertrophie der Thymus ist von manchen Seiten als Gegenanzeige einer chirurgischen Behandlung des Basedow aufgestellt worden, Lenormant glaubt, dass man nach gehöriger Vorbereitung solcher Patienten, namentlich nach der Verabreichung von Thymusextrakt, solche Patienten ebenfalls operiren könne. Die Erfolge Kocher's zeigen, dass man auch die schweren Basedowfälle mit günstigen Resultaten operieren kann. Zum Schlusse spricht Lenormant die Hoffnung aus, dass die practischen Aerzte in Zukunft die Basedowkranken viel eher dem Chirurgen überlassen werden, als wie bisher, wodurch sich auch das Schicksal dieser Kranken bessern wird.

Discussion.

Horsley (London) steht im allgemeinen auf dem Standpunkte des Berichterstatters, doch möchte er hervorheben, dass der Basedow manchmal auch spontan und medicamentös ausheilen kann. Wenn nach einer strengen 6 wöchentlichen medicamentösen Cur keine Besserung eingetreten ist, muss operirt werden.

Ceci (Pisa) empfiehlt besonders die locale Anästhesie. Den einzigen Todesfall, den er unter 6 operierten Fällen erlebt hat, hat er nach Chloroform gesehen. In allen operirten Fällen hat er aseptisches Fieber constatirt. Als Operationsmethode empfielt er die Thyroidectomie, die man in mehreren Sitzungen, je nach Bedarf, ausführen soll.

Doyen (Paris) hat die erste Thyroidectomie gegen Morbus Basedowii im Jahre 1887 ausgeführt. Seither hat er zehmal den Basedow operirt. Der letzte von D. operirte Fall wurde ihm vom Referenten zugeführt und ist, wenn auch wesentlich, namentlich in objectiver Hinsicht, gebessert, subjectiv noch nicht als geheilt zu betrachten. Die Tachycardie und selbstverständlich der Kropf sind verschwunden, desgleichen ist der Exophthalmus gebessert, doch sind die psychischen Störungen, die Schwäche, Arbeitsunlust geblieben.

Broekaert (Gand) constatirt mit Bedauern, dass in Belgien ebensowenig wie in Frankreich die Chirurgie des Basedow unter den Aerzten verbreitet ist. Die vier von B. operirten Fälle sind geheilt worden. Er betrachtet die Mortalität der Operation als gering.

Kocher (Bern). Trotz der schönen Erfolge, die K. erzielt hat, hält er die Operation der Struma exophthalmica für eine schwere Operation. Er kann Doyen durchaus nicht beistimmen, dass diese Operation rasch, sozusagen im Handumdrehen gemacht werden soll. Ein wichtiger Factor für das Gelingen der Operation ist die gehörige Vorbereitung, die Desintoxication des Patienten, die vom Chirurgen durchgeführt werden muss. Als Operationsmethode schlägt K. für die

schweren Fälle die Ligatur der Thyroidarterien vor, und zwar auf der einen Seite zunächst und hierauf auf der anderen Seite. Erst später führt man die Hemithyroidectomie aus, wenn nötig. Bei leichteren Fällen führt man gleich die Thyroidectomie aus. Im allgemeinen muss man in schweren Fällen sich gefasst machen, langsam und erst nach widerholten Interventionen zum Ziele zu kommen. K. hat auf 637 Operationen, die er bei 469 Basedowkranken ausgeführt hat, 2 pCt. ungefähr Mortalität.

v. Eiselsberg (Wien)ist erstaunt, dass man in Frankreich die Basedowfälle so selten operirt, da die andere Behandlung derselben so wenig erfolgreich ist. v. E. hat 55 Fälle operirt mit 6 Todesfällen. Von diesen 6 Fällen boten 4 Fälle den Status thymicus dar, 2 sind an Pneumonie und 1 an Apoplexie gestorben. Alle anderen Fälle sind geheilt worden. Lautmann (Paris).

---

d) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 22. September 1910.

Vorsitzender: Weinberg.

Stangenberg berichtete über Controlluntersuchungen über die Pfannenstin'sche $NaJ = O_3$-Behandlung der Larynxtuberculose, mit denen er sich seit Anfang Juli an der Poliklinik des Serafimerlazareths in Stockholm beschäftigte; 19 Fälle waren behandelt und bei sämmtlichen war die Diagnose sicher festgestellt.

Holmgren erwähnte, dass man in Kopenhagen eine oto-laryngologische Versammlung am 27.—28. August 1911 plante.

Sitzung vom 27. October 1910.

Vorsitzender: Larsson.

Nach dem Vorschlag des Schriftführers wurde beschlossen, dass das Internationale Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie etc. für 1909 und 1910 angekauft und der Schwed. Gesellschaft der Aerzte geschenkt werden sollte.

Sitzung vom 24. November 1910.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Auf Anlass eines Schreibens vom Internat. Comité des rhino-laryngol. Congresses in Berlin 1911 wählte die Section Herrn Holmgren zum Repräsentanten.

Die Section beschloss, der Schwed. Gesellschaft der Aerzte als Geschenk die Zeitschrift „The Laryngoscope“ zu überreichen.

Stangenberg demonstrirte 2 Fälle von Ulcerationen in den oberen Luftwegen, mit $NaJ = O_3$ behandelt. Bei dem ersten bildete die ganze Hinterwand des Nasopharynx eine Ulceration, die einer tuberculösen makroskopisch sehr ähnlich war; in der rechten Fossa supraspinalis Dämpfung, Wassermann positiv, die anatomische Diagnose unsicher. Der Erfolg der $NaJ = O_3$-Behandlung im Anfang auffallend gut; eine vollständige Heilung wurde dort später nur mit KJ erreicht.

Der zweite Fall mit klinisch festgestellter Tuberculose im Larynx, der schon im September demonstrirt war, war jetzt bedeutend gebessert, ja fast geheilt nach

der JNa + O_3-Behandlung; da die kranken Theile des Kehlkopfes mehrmals chirurgisch (Curettement) behandelt waren, könnte der Fall nicht als Beweis für die heilende Wirkung der NaJ = O_3-Behandlung dienen. E. Stangenberg.

III. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

Achtzehnte Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen zu Frankfurt a. M.

Das Programm ist vorläufig wie folgt zusammengestellt:

Mittwoch, den 31. Mai, 4—6 Uhr: Demonstrationen. Nach den Demonstrationen Besuch der Klinik des Herrn Spiess. Abends von 8 Uhr an Begrüssung.

Donnerstag, den 1. Juni, früh 8—½1 Uhr: Wissenschaftliche Verhandlungen. ½2 Uhr Geschäftssitzung, dann Fortsetzung der Wissenschaftlichen Verhandlungen bis 5 Uhr Nachmittag. Von 7 Uhr an zwangloses Essen.

Freitag, den 2. Juni, Abends 7 Uhr, gemeinsames Festessen mit den Otologen.

Bisher sind folgende Vorträge angemeldet.

B. Fischer (Frankfurt a. M.): Eine Auswahl interessanter anatomischer Präparate des Kehlkopfes und der Luftröhre aus der Sammlung des Senckenberg'schen pathologisch-anatomischen Instituts.

Blumenfeld (Wiesbaden): Ueber Blutstillung im Kehlkopf durch Klammernaht.

Max Senator (Berlin): Einiges zur Lepra der oberen Luftwege.

Ernst Oppikofer (Basel): 1. Mikroskopische Befunde bei 20 Kiefercysten. 2. Kehlkopfgeschwülste bei Scharlach.

Leo Katz (Kaiserslautern): Zur Aetiologie der glatten Zungengrundatrophie.

Dreyfuss (Strassburg i. E.): Ueber den Einfluss des Schlundschnürers auf die Kehlkopfmuskulatur.

G. Herxheimer (Wiesbaden): Pathologisch-anatomische Demonstrationen.

Avellis (Frankfurt a. M.): Einige Beispiele von Fehldiagnosen auf dem Gebiete der Tuberculose der oberen Luftwege.

R. Sokolowski (Königsberg i. Pr.): Ueber die Genauigkeit im Nachsingen von Tönen bei Berufssängern. (Aus dem physiologischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.)

Onodi (Budapest): Die Freilegung der Schädelhöhle und des Gehirns durch die Nebenhöhlen der Nase.

F. Pick (Prag): Ueber Sklerom.

Ritter (Berlin): Die Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand bei der Radicaloperation.

Boenninghaus (Breslau): Gefährliches Stirnbein (Demonstration).

Arthur Hartmann (Heidenheim): 1. Zur Behandlung der Larynxtuberculose. 2. Ueber die Form der zur Erweiterung des Naseneingangs dienenden Bügel.

Killian (Freiburg i. Br.): 1. Demonstration von Lehrmitteln und Instrumenten. 2. Zur Bronchoskopie bei kleinen Kindern.

Rumpff (Ebersteinberg): Ueber actuelle Fragen aus dem Gebiete der Tuberculoseforschung. (Referat.)

Dahmer (Posen): Erkrankung des Kehlkopfes nach Influenza.

v. Eicken (Giessen): 1. Ein neues Verfahren zur Beseitigung von Stenosen des Thränennasencanals. 2. Zur Behandlung der Choanalatresie.

Wagner (Giessen): Spiegelbefund bei Hypopharynxdivertikel.

Elsner (Berlin): Ueber Gastroskopie (mit Demonstrationen).

Bouvier (Giessen): Käsiges Kieferhöhlenempyem mit hochgradiger Verdrängung der Nasenscheidewand.

W. Brünings (Jena): 1. Ueber eine neue Art von Injectionsplastik. 2. Ueber eine neue Behandlungsmethode der Recurrenslähmung.

Hoerner (Leipzig): Practische Erfahrungen mit der Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand bei der Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen.

Edmund Meyer (Berlin): Thema vorbehalten.

Hugo Stern (Wien): Zur Frage zur Registrirung der Articulationsbewegungen. (Mit Demonstrationen.)

Gutzmann (Berlin). 1. Klanganalyse künstlicher Vocale. 2. Zur Diagnose und Therapie functioneller Stimmstörungen.

Manasse (Strassburg): Ueber orbitale und cerebrale Complicationen bei acuten Nebenhöhlenentzündungen.

Das ausführliche Programm wird auf Wunsch durch den Schriftführer, Herrn Dr. R. Hoffmann, Dresden 1, Grunaerstrasse 8 I, versandt.

British Medical Association.

Die British Medical Association hält ihre 79. Jahresversammlung vom 25. bis 28. Juli in Birmingham ab. Vorsitzender der Section für Laryngologie, Otologie und Rhinologie ist Frank Marsh (Birmingham). Die für die Discussion in der Section bestimmten Themata sind:

1. Behandlung der Kehlkopftuberculose.
2. Behandlung der chronischen adhäsiven Processe im Mittelohr.
3. Diagnose und Behandlung der zu oculo-orbitalen Symptomen führenden Nebenhöhlenaffectionen.

Personalnachrichten.

Prof. Dr. Carl von Eicken in Giessen ist zum ordentlichen Professor für Laryngologie und Otologie ernannt worden.

Dr. Hans Koschier (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Unser verehrter Mitarbeiter, Herr Prof. E. Moure (Bordeaux), ist Officier der Ehrenlegion geworden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, Juni. 1911. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **K. Holzmann** und **J. Dogiel. Ueber die Lage und den Bau des Ganglion nodosum vagi.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). Heft 1/2. S. 33. 1910.*

Das Ganglion nodosum wird hauptsächlich durch Anhäufung einer grossen Menge von Nervenzellen an der Abgangsstelle des oberen Kehlkopfnerven gebildet. Ausser sensiblen Fasern gehen aus dem Ganglion nodosum auch motorische hervor.

J. KATZENSTEIN.

2) **Joseph L. Goodale. Die Erscheinungen recidivirender Influenza in Nase und Hals. (The manifestations of recurrent influenza in the nose and throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Eine Analyse der Fälle macht es G. wahrscheinlich, dass das infectiöse Agens durch das lymphatische Gewebe der Pharynxfollikel oder der Tonsillen oder der Adenoiden eindringt. Die Präventivbehandlung, die Verf. seit Jahren anwendet, besteht darin, dass er die Pharynxfollikel soweit wie möglich mit starken Argentumlösungen verätzt, solche Lösungen in die Crypten der Tonsillen einführt oder, wo dies nicht möglich, die Oberfläche der Tonsillen damit bepinselt. Wo der Eindruck besteht, dass der Nasopharynx die Eingangspforte bildet, soll diese Region mit schwächeren Silberlösungen bepinselt werden.

EMIL MAYER.

3) **Purves Steward. Ueber einige intracranielle Erkrankungen in Verbindung mit Nasen-, Ohren- und Kehlkopfsymptomen. (An address on certain intracranial diseases associated with nasal, aural and laryngeal symptoms.)** *British Medical Journal. 22. October 1911.*

Nach einer allgemeinen Betrachtung über die in Betracht kommenden Nervenbahnen theilt Verf. folgende Fälle im Detail mit:

Tumor des Infundibulum, übergehend auf den Stirnlappen; Verlust des Geruchsvermögens auf der rechten Seite, beiderseitige Neuritis optica und excessiver Hunger.

Zwei Fälle von Syringomyelie: einer mit doppelseitiger Posticuslähmung und anästhetischen Herden am Kopf, Oberlippen und Rumpf und Schwäche des rechten Beins; der andere mit doppelseitiger Posticuslähmung nebst rechtsseitiger Lähmung des Gaumens und der Zunge.

Fall von Caries des Keilbeins mit Lähmung der Hirnnerven vom V. bis XII. inclusive auf der rechten Seite; wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs.

Fall — einen 41jährigen Mann betreffend — von angeborenem Mangel des M. sternocleidomastoideus, trapezius, der Zungenbeindepressoren und mit völliger Lähmung der rechten Seite des Gaumensegels, Zunge und des rechten Stimmbandes, aber ohne sensible Störungen. Patient starb infolge einer Blutung im Pons. Die Section ergab Fehlen der motorischen Kerne des rechten Vagus, spinalen Accessorius und Hypoglossus und Grössenabnahme der Cornua anteriora in der oberen Cervicalregion auf der rechten Seite mit Atrophie der Spinalwurzel des rechten Trigeminuskernes.

Drei Fälle von Bulbärthrombose mit Gaumen- und Kehlkopflähmung; ferner ein Fall von Lähmung des rechten Stimmbandes, Gaumensegels, Zunge, Sternocleidomastoideus und Trapezius infolge eines Gummas, das den rechten Vagus Accessorius und Hypoglossus mitergriffen hatte.

A. J. WRIGHT.

4) **Bohac** (Prag). **Ueber Leukoplakie und Kraurosis der Schleimhaut und der Haut.** *Archiv f. Dermatol. Bd. 105. 1910.*

Bei einer 29jährigen Frau war die mit einem geringen chronischen Entzündungszustand in der Cutis und mässiger Verdickung der Epidermis einhergehende Affection nicht auf das Lippenroth beschränkt, sondern setzte sich in Form von Streifen auf die angrenzende äussere Haut fort. An der übrigen Mundschleimhaut keine Veränderungen.

SEIFERT.

5) **R. Goldschmidt** (München). **Die Askarisvergiftung.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 38. 1910.*

Es ist eine in Zoologenkreisen allbekannte Erfahrung, dass die meisten Menschen beim Arbeiten mit Ascaris an Schleimhautreizungen erkranken, die zuweilen bis zu hochgradigem Asthma führen. Nicht nur die Berührung mit dem flüssigen Inhalt der Leibeshöhle, schon die Ausdünstung der Thiere, die einen widerwärtigen ätzend-aromatischen Duft abgeben, genügt, um mehr oder minder starke Reizerscheinungen im Gebiete der oberen Luftwege und der Augenschleimhäute auszulösen, die bei länger dauernder und wiederholter Beschäftigung mit den Thieren an Intensität und Extensität je nach der individuellen Disposition bedeutend zunehmen und die hochgradigsten Beschwerden hervorrufen können. Autor citirt die Berichte einer Reihe Fachgenossen, die alle die gleichen Störungen beobachteten. Die Veranlassung dieser Störung ist vielleicht auf ein Endprodukt des Ascarisstoffwechsels zurückzuführen. Die bisherigen Studien über die Physio-

logie der Ascaris zeitigten zwar verschiedene Theorien, die sich jedoch bis jetzt noch nicht sichern liessen. Diese giftigen Ausscheidungen sind vielleicht auch die Ursache für die schweren Störungen, die so vielfach bei „Ascaritis" beobachtet werden. Marcus berichtete, dass die vom Autor beschriebenen Schleimhautreizungen in merkwürdiger Weise mit dem Symptomenbild des Heuschnupfens übereinstimmen.

HECHT.

6) **H. Marschik** (Wien). **Zur Desinfection von Mund, Rachen und Speiseröhre.** *Wiener med. Wochenschr. No. 9. 1911.*

Empfehlung der Formaminttabletten, einer in Tablettenform nach patentirtem Verfahren hergestellten Verbindung aus Milchzucker und Formaldehyd als unschädliches, zweifellos antiseptisch wirkendes und bequem anzuwendendes Mund- und Rachendesinficiens.

CHIARI.

7) **Ceci. Die beste Prophylaxe gegen die Schluckpneumonie nach grossen Amputationen der Zunge und nach grossen Operationen im Munde und im Pharynx im Allgemeinen. (La meilleure prophylaxie contre la pneumonie d'aspiration après les larges amputations de la langue et en général après les interventions opératoires graves dans la bouche et le pharynx.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. April 1911.*

Empfohlen wird, den Operirten 8 Tage lang nicht durch den Mund zu nähren; selbst nicht einen Tropfen Wasser lässt Ceci seine Operirten trinken. Die Nahrung erfolgt durch Nährklysmen. Auf diese Weise hat Ceci 10 Patienten in ununterbrochener Serie durchgebracht, nachdem er vorher auch nach den bes durchgeführten Operationen zahlreiche Todesfälle (50 pCt.) zu verzeichnen hatte.

LAUTMANN.

8) **Ed. Richter** (Plauen i. V.). **Notizen aus der Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Beschreibung interessanter Fälle und einiger Instrumente:

1. Ulcus des Pharynx bei einem Kinde (für diesen Fall beansprucht Verf. eine neue Aetiologie).
2. Fremdkörper im Nasenrachen.
3. Hydrops der Stirnhöhle.
4. Zange für Halsabscesse.
5. Neue Instrumente zur Behandlung der Kieferhöhle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.).

9) **Merk. Disseminirte Sklerodermie.** (Wissenschaftliche Aerztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 2. Juni 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 31. 1910.*

Ungewöhnliche Ausbreitung der Krankheit vom Kinn auf die Lippen, die Zunge, den harten und weichen Gaumen, welch letztere Gebilde in starre unbewegliche Massen verwandelt sind, die auf den ersten Blick wie eine diffuse Narbe nach Laugenverätzung aussehen.

HANSZEL.

10) **Wolkowitsch** (Kiew). **Zur Statistik und dem Vorkommen des Skleroms (Rhinoskleroms) in Russland.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. S. 79. 1911.*

Das eigene Material bezieht sich auf 76 Fälle, die in Kiew zur Beobachtung kamen. Aus anderen Bezirken wurden dem Verf. 35 Fälle mitgetheilt; da aber die meisten Collegen auf die Anfrage nicht antworteten, so ist die Zahl der Skleromfälle in den verschiedenen Gouvernements sicherlich viel grösser. 17 weitere Fälle entnahm W. der russischen Literatur. Fälle, bei denen der Kehlkopf allein erkrankt war, wurden der besseren Objectivität halber (z. B. wegen der Möglichkeit einer Fehldiagnose) nicht mitgerechnet.

Die 128 Fälle vertheilen sich auf 65 Männer und 63 Frauen. Der jüngste Patient zählte 13 und der älteste 63 Jahre; bei einem grossen Theil bestand das Leiden bereits seit einer Reihe von Jahren. Fast ausnahmslos handelte es sich um ärmere Leute. In 94 pCt. der Fälle war die Nase afficirt, der Pharynx bei 74 pCt. und der Kehlkopf bei 28 pCt.

OPPIKOFER.

11) **G. Garbini. Sklerom der oberen Luftwege. (Scleroma delle prime vie aeree.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1909.*

Auf Grund einer Beobachtung, bei der alle klinischen Charaktere des Skleroms in Nase, Nasenrachen und Larynx vorhanden waren, der histologische Befund auch Aehnlichkeit mit Sklerom ergab, die bakteriologische Untersuchung aber negatives Resultat ergab, glaubt Verf. sich zu der Unterscheidung berechtigt zwischen dem specifischen Sklerom mit Befund von Frisch'schen Bacillen und einem „einfachen Sklerom" mit allen Charakteren des wahren, aber ohne den specifischen Bacillus.

CALAMIDA.

12) **Fein** (Wien). **Ehrlich „606" und Sklerom.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 52. 1910.*

Frischere Rhinosklerominfiltrate bei einem Soldaten zeigten nach einer „Ehrlich"-Injection keine Veränderung. Wassermann vorher und nachher negativ.

CHIARI.

13) **H. Osborne. Der Zusammenhang vergrösserter Halsdrüsen mit cariösen Zähnen, Hyperplasie der Tonsillen und Adenoiden. (The connexion of enlarged cervical glands with carious teeth, enlarged tonsils and adenoids.)** *British Medical Journal. 14. Januar 1911.*

Das Ergebniss der Untersuchung von 2474 Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren wird in Tabellenform mitgetheilt. Es scheint, als ob Tonsillarhyperplasie und Adenoide ein wichtigerer Factor für die Entstehung der vergrösserten Halsdrüsen sind als die cariösen Zähne.

A. J. WRIGHT.

14) **W. Sampson Handley. Einige Bemerkungen über tuberculöse Halsdrüsen. (Some notes on tuberculous cervical glands.)** *Archives of the Middlesex Hospital. November 1910.*

Tonsillen und Nasopharynx bilden wahrscheinlich die Eintrittspforte. Die Prophylaxe soll bestehen in Sterilisation der Milch und localen Applicationen auf Tonsillen und Rachenschleimhaut.

A. J. WRIGHT.

15) **Kay Schäffer** (Refsnas, Dänemark). **Eine Epidemie von Febris glandularis (Drüsenfieber Pfeiffer).** *Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Heft 5. 1909.*

Verf. beschreibt eine von ihm im Küstenhospital erlebte Epidemie, bei der im Laufe von 4 Monaten 21 Kinder im Alter von 4—15 Jahren ergriffen wurden. Die Hauptsymptome stellen acute Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit besonders der Halslymphdrüsen hinter dem oberen Sternocleidomastoideus dar unter ausgeprägten Fiebererscheinungen.

Schnupfen fand sich bei 4 Patienten, bei 2 mehrmaliges Nasenbluten. Der Rachen zeigte in 5 Fällen ein wenig Röthung, nie Beläge; bei allen übrigen konnte nicht die geringste Veränderung der Rachenschleimhaut nachgewiesen werden.

WILH. SOBERNHEIM.

16) **F. C. Lund** (Silkeborg, Dänemark). **Zum mechanischen Thymustod.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 3. 1909.*

Die Mutter des einmonatigen, plötzlich ohne vorherige Krankheit todt im Bette aufgefundenen Kindes wurde von dem Verdacht des Mordes freigesprochen, nachdem durch die gerichtliche Obduction der Sachverhalt (Erstickung durch Druck einer abnorm grossen Thymusdrüse) festgestellt war.

ZARNIKO.

17) **Ephraim** (Breslau). **Beiträge zur klinischen Bedeutung der Endoskopie der unteren Luftwege.** *Méd. Klinik. 18. 1911.*

In zwei Fällen von Hämoptoe ergab die Endoskopie ein primäres Bronchialsarkom resp. Lungencarcinom. In einem dritten Falle von seit 3 Jahren bestehender periodischer Hämoptoe ergab die Endoskopie sehr starke Venectasien an einer Stelle der hinteren Trachealwand dicht unterhalb der hinteren Kehlkopfwand. Nach der Aetzung mit Chromsäure hörten die Blutungen fast völlig auf. In weiteren zwei Fällen handelte es sich um Dyspnoe, einmal hervorgerufen durch Bronchostenose (Schwellung der intrabifurcalen Drüse), das andere Mal durch Aortenaneurysma. Bei einem weiteren Falle sprach der endoskopische Nachweis einer erheblichen Verbreiterung der Bifurcation für einen Mediastinaltumor, zumal in den bisher endoskopisch untersuchten Fällen von Aneurysma eine derartige Veränderung niemals beobachtet worden war.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Piffl** (Prag). **Congenitale Choanalatresie.** (Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen, Sitzung vom 28. Januar 1910.) *Prager med. Wochenschr. No. 9. 1910.*

Einseitig, vollständig. Gesicht chamaeprosop, nicht asymmetrisch, Gaumen hoch, asymmetrisch. Auffallend war ein starkes Schwitzen der entsprechenden Kopfhälfte, welche Erscheinung P. auf den Nasenverschluss zurückführt.

HANSZEL.

19) **Aboulker. Ueber die congenitale Atresie der Choanen. (Contribution à l'étude de l'occlusion congénitale des choanes.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 3. 1910.*

Es werden vier neue Fälle mitgetheilt. In einem der Fälle handelt es sich

sicher um eine hereditäre Syphilis. Uebrigens hat A. die Frage des Verhältnisses der Syphilis zur Choanalatresie nicht berücksichtigt. Absolut charakteristische Zeichen für die Choanalatresie giebt es natürlich nicht, ausser der Untersuchung mit der Sonde und der Rhinoscopia posterior. In der Praxis dürfte so mancher Fall verkannt werden.

LAUTMANN.

20) **Gärtner. Zur Messung der Durchgängigkeit der Nase für den Luftstrom.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. Februar 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1911.*

Nach Besprechung der Apparate von Zwaardemaker, Kayser und Spiess wird der vom Autor erfundene Apparat beschrieben, womit die Zeit gemessen wird, die eine gewisse, unter einem in jedem Versuche sich gleichbleibenden Druck stehende Luftmenge benöthigt, um die Nase zu passiren. Während beim Kayserschen Apparat die Luft durch den Mund angesogen wird, lässt Gärtner in ein Nasenloch Luft einblasen. Mittelst des Rhinometers könne man die Grösse der Stenose durch Messung feststellen, wie man eine Stenose der Urethra und des Oesophagus misst; ferner könne man rasch und sicher constatiern, ob die Athmung durch die Nase frei ist oder nicht.

CHIARI.

21) **Gimenez Encina. Die Insufficienz der Nasenathmung bei den Lungenphthisikern. (De la insufficiencia nasal en los enfermos de tuberculosis pulmonar.)** *Revista ibero-americana de Ciencias médicas. März 1910.*

Zusammenfassende nichts Neues enthaltende Studie.

A. J. TAPIA.

22) **Jonathan Wright. Die contractilen Elemente im Bindegewebe. (The contractile elements in the connective tissue.)** *N. Y. Medical Journal. April und Mai 1910.*

Was die elastischen Fasern und das Elastin anbetrifft, so findet sich, soweit selective Färbemethoden es zeigen, das elastische Material in der Nasenschleimhaut der Neugeborenen in Form eines feinen Netzwerkes von Fasern und keine groben Körnchen oder dicken Fasern. Diese treten erst im späteren Lebensalter auf und treten bei der Hypertrophie hervor. Treten atrophische oder ödematöse Veränderungen auf, so wird zuerst das nutzlose unwirksame Material und die feinen Fasern zuletzt resorbirt. Verf. hält es für zweifellos, dass beim Erwachsenen das körnige Elastin einen intracellulären Ursprung hat und hält es für wahrscheinlich, dass auch ein Theil des bei der Entzündung ausgeschiedenen zu wirksamen Fasern organisirt wird; für den grössten Theil ist dieser Organisationsversuch unvollständig.

Glatte Muskelfasern existiren in der Nasenschleimhaut ausser in den Gefässwandungen beim Erwachsenen auch frei ohne sichtlichen Zusammenhang mit den Blutgefässen, sowohl in Haufen wie einzeln innerhalb der mittleren Schichten der erectilen Körper. In einigen Fällen hängen sie mit ihrem einen Ende mit der Gefässadventitia zusammen, während das andere Ende innerhalb der Stromafasern liegt.

EMIL MAYER.

23) **Ed. Richter** (Plauen i. V.). **Anästhesirung von der Nase aus zum Zwecke zahnärztlicher Functionen an den oberen Schneidezähnen u. s. w.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1911.*

Die Methode beruht auf Anästhesirung des grössten Theils des Plexus dentalis superior und ist besonders geeignet zu Arbeiten an den 4 oberen Schneidezähnen.

Die Anästhesie erfolgt durch Einlegen zweier mit 10proc. Cocainlösung und eines mit Suprareninlösung (1 : 1000) getränkter Wattebäuschchen auf den Nasenboden der zu behandelnden Seite während 15 Minuten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

24) **A. v. Ruediger-Rydygier** (Lemberg). **Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Rhinoskleroms mit Röntgenstrahlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Mittheilung von 14 Fällen von Sklerom der oberen Luftwege, welche durch Röntgenbestrahlung meist durch die Haut und Weichtheile von aussen her theils geheilt, theils gebessert wurden. Das Leiden betrifft fast ausschliesslich Frauen in jugendlichem Alter und wird durch kein anderes Mittel so evident beeinflusst.

HEGENER (ZARNIKO).

25) **Alfred Braun. Ein Fall von Rhinosklerom. (A case of rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Der Fall betrifft einen 27jährigen Italiener, der seit 7 Jahren in den Vereinigten Staaten lebt. Es bestand ein Tumor in der rechten Nase, ferner fibröse Adhäsionen im Nasenrachen mit völligem Verschluss der Tubenmündung. Mundrachen und Kehlkopf waren normal. Die Diagnose wurde erst durch das Culturverfahren gesichert. Bemerkenswerth ist, dass die Krankheitssymptome erst seit $3^1/_2$ Jahren datirten, also erst während des Aufenthalts in Amerika in Erscheinung getreten waren, wenn auch der Beginn der Krankheit wahrscheinlich schon früher zurückliegt.

EMIL MAYER.

26) **Stanton A. Friedberg. Rhinosklerom; Bericht über zwei Fälle. (Rhinoscleroma; report of two cases.)** *The Laryngoscope. August 1910.*

Fall I betraf die Nase, den Pharynx und Larynx, letzterer war verengt. Es wurde eine Reincultur aus Sklerombacillen erzielt.

Fall II betraf die äussere und innere Nase, den Gaumen, die Gaumenbögen und den Larynx. Die Nasengeschwulst wurde — soweit möglich — operativ entfernt, im Uebrigen — mit nur geringem Erfolg — Röntgenstrahlen angewandt.

EMIL MAYER.

27) **Bieganski. Ein Fall von Rhinosklerom. (Przypadek twardzieli nosa.)** *Przeglad Lekarski. No. 22. 1910.*

In der Sitzung der Czenstochauer med. Gesellschaft demonstrirte Verf. einen typischen Fall von Rhinosklerom einer 28jährigen Frau.

A. v. SOKOLOWSKI.

28) **Arthur Meyer** (Berlin). **Nasale Ursachen und Behandlung der Erkrankungen der Thränenwege und der Bindehaut.** *Zeitschr. f. Augenheilkunde. Heft. 2. S. 124. 1909.*

Verf. hat mehrere 100 Fälle von Erkrankungen des Thränen- und Conjunctivalapparates rhinologisch untersucht und stellt nunmehr die Störungen dieser Organe vom rhinologischen Standpunkt dar.

In 88 Fällen bestand 65mal Epiphora bzw. Dacryocystitis, 1mal Blennorrhoe, 1mal Fistelbildung, 3mal Dacryocystitis mit Conjunctivitis, 6mal Conjunctivitis, 5mal Lidrandentzündung, 7mal Keratitis und Ulcus corneae. In 7 Fällen von Dacryocystitis war kein pathologischer Nasenbefund feststellbar; als häufigste nasale Ursachen erwiesen sich 22mal Deformationen der Nasenscheidewand, 16mal adenoide Vegetationen, die 7mal mit Septumverbiegung, 2mal mit Tonsillenhypertrophie combinirt waren; ferner 12mal Anliegen der unteren Muschel an der lateralen Nasenwand, 12mal Muschelhypertrophien, 9mal Nebenhöhleneiterung, 3mal genuine, 3mal luetische Ozaena.

Verf. theilt die Fälle in 4 Gruppen nach Art des Zusammenhanges:

1. Die negativen Fälle (10—15 pCt.).

2. Mechanische Behinderung des Thränenabflusses durch Raumbeschränkung im unteren Nasengang.

4. Entzündliche Affectionen der Nase und ihrer Adnexe.

4. Specifische Infectionen.

Nach genauer Erläuterung der einschlägigen Literatur in Bezug auf die Aetiologie geht Verf. auf die Therapie bei den verschiedenen Ursachen ein.

WILH. SOBERNHEIM.

29) **Toti. Die Technik der Dacryocystorhinostomie. (Technique systématique de la dacryocystorhinostomie.)** *Sonderabdruck aus Annales d'oculistique. 1910.*

Diese neue Operation mit dem barbarischen Namen hat die Aufgabe, bei unbehebbarer Unwegsamkeit der Thränenwege den Thränen einen directen Abfluss in die Nase zu gestatten. Wer die Nachtheile der bisherigen „radicalen" Behandlung der Epiphora kennt, wird die neue Methode sicherlich als wesentlichen Fortschritt bezeichnen, wenn sie practisch hält, was sie verspricht. Wie der Name sagt, besteht die Methode darin, den Thränensack durch eine Bresche, die durch den aufsteigenden Ast des Oberkieferfortsatzes führt, mit dem vorderen Theile des mittleren Nasengangs zu verbinden. Die Idee zur Operation kam Toti bei Gelegenheit der Ausführung der Stirnhöhlenoperation nach Killian, wo in einem Moment das Periost des aufsteigenden Fortsatzes des Oberkieferknochens abzulösen ist, bei welcher Gelegenheit das Periost unter dem Thränensack gleich mitgehoben werden kann. Die Operation kann in Localanästhesie ausgeführt werden. Die genauere Technik ist im Original nachzulesen.

LAUTMANN.

30) **P. Th. L. Kan** (Leiden). **Beitrag zur Kenntniss der Chirurgie der Hypophysis cerebri. (Bidrage tot de kentnis der chirurgie van de hypophysis cerebri.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 13. 1910.*

Operation nach Kocher mit Umklappung der äusseren Nase und Resection

der Nasenscheidewand. Resultat negativ. (Vergl. Sitzungsber der XIX. Versamml. der Niederl. Gesellsch. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkde. Leiden 1910.)

H. BURGER.

31) **J. H. West** (Baltimore). **Die Chirurgie der Hypophysis vom Standpunkte des Rhinologen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Die Operation des Verf.'s ermöglicht eine Inangriffnahme der Sella turcica von der Nase aus. Die Muscheln werden zuerst resecirt zur Freilegung der vorderen Keilbeinhöhlenwand, die dann völlig entfernt wird. Nachdem auch das Septum nasale theilweise und das Septum sphenoidale vollständig entfernt worden, folgt schliesslich die Eröffnung der Sella turcica. Der Vortheil dieser Operation besteht in der minimalen Zerstörung von Gewebe, indem die natürlichen Zugänge soviel wie möglich benutzt werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **Oskar Hirsch** (Wien). **Ueber Methoden der operativen Behandlung von Hypophysistumoren auf endonasalem Wege. Bericht über 4 operirte Fälle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Verf. operirte einen Fall nach der Methode der breiten Eröffnung einer Keilbeinhöhle. Die Flüssigkeit des cystischen Hypophysentumors wurde durch Einstich entfernt und ein Stückchen Cystenwand entfernt.

Nach der Methode, welche sich der submucösen Resection des Septums und der daran anschliessenden Eröffnung beider Keilbeinhöhlen bedient, wurden drei Fälle operirt. Verf. giebt der zweiten Operation den Vorzug.

Im ersten der letzten 3 Fälle wurde der Hypophysenwulst in breiter Ausdehnung aufgemeisselt, der Tumor durch Umschneidung der Dura freigelegt und der Austritt breiiger Tumortheilchen durch die Duralücke beobachtet.

Im zweiten Falle gelang es bloss, eine circa erbsengrosse Lücke im Hypophysenwulst anzulegen und innerhalb dieser die Dura zn schlitzen. Der Tumor selbst kam nicht zu Gesicht.

Im dritten Falle wurde ein kirschengrosser Theil des Hypophysentumors entfernt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

33) **Oskar Hirsch. Endonasale Methode zur Entfernung von Hypophysistumoren mit Bericht über zwei erfolgreiche Fälle. (Endonasal method of removal of hypophyseal tumors with report of two succesful cases.)** *Journal American Medical Association. 27. August 1910.*

Der Inhalt deckt sich mit den an anderen Stellen erschienenen Publicationen des Verf.'s über denselben Gegenstand.

EMIL MAYER.

34) **O. Hirsch. Hypophysentumor endonasal operirt.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 13. Januar 1911.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 3. 1911.*

Vorstellung von weiteren zwei Patienten (drei frühere Fälle sind im Archiv f. Laryngol. Bd. 24 besprochen), an welchen Hirsch nach seiner endonasalen Methode Hypophysentumoren operirte.

In einem Falle handelte es sich um eine Cyste, deren Inhalt Cholestearinkrystalle enthielt. Das excidirte Gewebsstück ergab nur Duragewebe; im zweiten Falle handelte es sich um ein Adenom.

Ein dritter Patient, bei welchem endonasal ein kleinwallnussgrosser Tumor entfernt wurde, der sich histologisch als Carcinom erwies, starb in der Reconvalescenz an einer intercurrenten Erkrankung (Herzschwäche infolge der fieberhaften Erkrankung), die allerdings gelegentlich der Discussion von v. Eiselsberg als mit der Operation im Zusammenhang stehend bezeichnet wurde.

CHIARI.

53) **Walter Haberfeld. Die Rachendachhypophyse, andere Hypophysengangreste und deren Bedeutung für die Pathologie.** *Ziegler's Beiträge. Bd. XLVI. 1909.*

Verf. fand, dass regelmässig ein Rest der Hypophyse beim Menschen als makroskopisch sichtbares Nebenorgan, als Rachendachhypophyse, vorkommt; ausserdem sind in einzelnen Fällen Spuren an dem oberen Ende des Canalis craniopharyngeus und in der Sella turcica zu finden.

WILH. SOBERNHEIM.

36) **Citelli. Die Pharynxhypophyse in der ersten und zweiten Kindheit. Ihre Beziehungen zur Rachenschleimhaut und zur centralen Hypophyse. (L'hypophyse pharyngée dans la première et la deuxième enfance. Les rapports avec la muqueuse pharyngée et l'hypophyse centrale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 11.*

Nach einer fast 10 Seiten langen historischen Uebersicht über die Frage zur Feststellung seiner Prioritätsrechte gegen Poppi giebt Citelli eine ausführliche Beschreibung seiner Präparate, die Anatomie und Histologie der Pharynxhypophyse betreffend. Diese Beschreibungen ziehen sich über 40 Seiten hin. Es geht aus denselben hervor, dass dieses Gebilde nicht nur ausnahmsweise, wie man bisher glaubte, sondern regelmässig im Pharynx der Kinder manchmal bis zum 15. Jahre zu finden ist. Gross ist diese Hypophyse nicht, denn im besten Falle beträgt ihre Länge kaum einen halben Centimeter und die Dicke den dritten Theil eines Millimeters. Oefter aber sind diese Maasse noch geringer. Was Lage und sonstige Verhältnisse, namentlich Gefässverhältnisse anlangt, ist das Original nachzulesen, dem einige schlecht gelungene Photographien beigegeben sind.

Das Merkwürdigste ist aber die Nutzanwendung, die Citelli aus seinen mühsamen Studien zieht. Citelli glaubt, dass die Pharynxhypophyse nicht nur mit der Umgebung, Rachenschleimhaut und adenoiden Wucherungen, sondern auch mit der centralen Hypophyse im functionellen Contact stehe, und dass die häufigen Entzündungen jener Organe schädigend auf die Function des sogenannten Hypophysensystems wirke. Infolge dessen sind die schädlichen Wirkungen der Rachenmandel auf den Organismus dadurch bedingt, dass durch die häufigen Entzündungen des Cavums, zu denen die Anwesenheit der Rachenmandel Veranlassung giebt, die Hypophyse in ihrer Function geschädigt wird. Die Schädigung der Hypophysenfunction führe nun zu jenen Störungen des Allgemeinbefindens, die wir im Gefolge der adenoiden Vegetationen zu finden gewohnt sind.

LAUTMANN.

37) **Märtens** (Braunschweig). **Die Geschwulst der Hypophyse.** *Med. Klinik. 18. 1911.*

Bei einer 41 jährigen, bis dahin völlig gesunden Frau traten höchst ungewöhnliche Augenerscheinungen auf, die M. Veranlassung gaben, die Augensymptome bei Hypophysentumoren zu besprechen. Unter plötzlichem Coma Exitus. Bei der Section fand sich ein kleinapfelgrosser Tumor der Hypophyse (solides Adenom).

SEIFERT.

38) **G. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.). **Ueber Erkrankungen der Hypophysis.** *Med. Klinik. 17. 1911.*

In drei beobachteten Fällen war die Function der Keimdrüsen schon gestört. In den ersten beiden Fällen ergab die Röntgenuntersuchung eine Ausbuchtung der Sella turcica, während im dritten Falle Veränderungen im Röntgenbild nicht festzustellen waren.

SEIFERT.

39) **Spiess** (Frankfurt a. M.). **Therapie der Hypophysistumoren mit besonderer Berücksichtigung der endonasalen Operation.** *Med. Klinik 17. 1911.*

Von den Hypophysistumoren sind jene der Operation gut zugänglich, welche in der Sella turcica gelegen, nicht sehr ausgedehnt und nach der Keilbeinhöhle durchgebrochen sind. Besprechung der von Hirsch angegebenen endonasalen Operationsmethode.

SEIFERT.

40) **L. Grünwald** (München-Reichenhall). **Die klinische Bedeutung der Derivate des Hiatus semilunaris.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Verf. fasst die klinische Bedeutung der Derivate des Hiatus semilunaris (sowohl der im Stirnbein als innerhalb des Siebbeins gelegenen) in folgenden Punkten zusammen:

1. Ihr Secret kann direct in die Kieferhöhle laufen und daselbst einen Entzündungszustand unterhalten.
2. Das Secret kann vor dem Ostium maxillare liegen und einen Entzündungsherd der Kieferhöhle vortäuschen.
3. Schwerheilbarkeit der Kieferhöhle kann unter anderem ihre Erklärung darin finden, dass ein unmittelbar oder mittelbar mit der Höhle zusammenhängender Recessus die Secretion unterhält.
4. Retentionsentzündungen oder Cysten der Derivate können zu Durchbrüchen in der Gegend des Thränenbeins führen, welche durch die geschilderten Beziehungen der Räume zur Kieferhöhle besondere Eigenthümlichkeit gewinnen.
5. Die Kenntniss des Vorkommens eines weiten Ueberganges der Stirnhöhle in die Kieferhöhle wird eine Orientirung in sonst überaus verwirrenden Verhältnissen ermöglichen.
6. Die Nachbarlage der Derivate zum seitlichen Nasenspalt dient zur Erklärung teratologischer Vorgänge in der Kieferhöhle und der Gegend zwischen Auge und Nase.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).



41) **J. M. West** (Baltimore). **Eine Fensterresection des Ductus nasolacrimalis in Fällen von Stenose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Die Operation besteht in Entfernung eines Theiles des Os lacrymale und eines Stückes vom Os maxillare superius, stellt somit eine Fensterresection des Ductus oberhalb der Concha inferior dar, diese intact lassend. Die bisher operirten Fälle (7) zeigen 5 Dauerresultate und 2 Besserungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **Siegmund Srebrny** (Warschau). **Beiderseitiger Schleimhautschnitt bei der submucösen Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 1. 1910.*

Verf. durchschneidet die Schleimhaut auf beiden Seiten, nachdem er meist ein völliges Heilen der Wundränder beobachtet hat. Er hat die Dauer seiner Operationen dadurch wesentlich abgekürzt und vermeidet so meist dauernde Perforationen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

43) **Richard M. Nelson. Eine Originalmethode zur Verhütung von Perforationen bei der submucösen Resection. (An original method for prevention of perforation in submucous resection.)** *Journal American Medical Association. 19. November 1910.*

Die Methode besteht darin, dass der Knorpel etwas weiter hinten, als der Schleimhautschnitt liegt, durchtrennt wird, so dass noch jenseits des Schleimhautschnittes ein schmales Knorpelstück stehen bleibt.

EMIL MAYER.

44) **H. Haike** (Berlin). **Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen der Kinder und ihre Ergebnisse für Entwickelungsgeschichte, Diagnostik und Pathologie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Die Untersuchungen H.'s wurden an etwa 150 Kindern im Alter von 2 bis 16 Jahren vorgenommen, von denen etwa 600 frontooccipitale und seitliche Aufnahmen gemacht worden sind. Auserdem hat eine grössere Anzahl von Schädeln eine röntgenographische und anatomische Untersuchung erfahren, um die am Lebenden gewonnenen Ergebnisse zu verificiren.

Die Arbeit zerfällt in mehrere Abschnitte. Nach Schilderung der Aufnahmetechnik giebt Verf. eine ausführliche Darstellung des Röntgenbildes des kindlichen Schädels, und zwar zuerst des Gesammtbildes der frontooccipitalen und der Profilaufnahme und dann der einzelnen verschiedenen Höhlen im Besonderen. Nachdem die Entwickelungsstörungen kurz geschildert sind, werden noch die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung ozaenakranker Kinder im Zusammenhang besprochen. Einen weiteren Raum nehmen die Betrachtungen über die Verwerthung des Röntgenbildes für die Diagnostik ein.

Der sehr interessanten Arbeit sind ausgezeichnete Röntgenogramme in grosser Anzahl beigefügt, ausserdem erläutern Abbildungen und Tabellen den Text.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

45) **J. N. Reik. Der gegenwärtige Stand der chirurgischen Behandlung chronischer Eiterungen der Nasen- und Ohrräume: ein Vergleich. (The present status of surgical treatment of chronic suppurative disease of the nasal and of the aural cellular spaces — a comparison.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

Verf. zieht einen Vergleich zwischen den Indicationen für die Radicaloperation, wie sie bei den Otologen für die Eiterung im Warzenfortsatz bestehen, und den für die Nebenhöhleneiterungen acceptirten. Was letztere betrifft, so sollte, ausser wenn intracranielle oder anderweitige Complicationen bestehen, zuerst intranasal radical operirt werden, jedoch müsse das Vorgehen dann wirklich radical sein.

EMIL MAYER.

46) **Edward J. Brown. Hexamethylenamin bei Eiterung des Mittelohrs und der Nasonnebenhöhlen. (Hexamethylenamin in suppuration of the middlo ear and the nasal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 16. April 1910.*

Verf. schildert die an sich selbst gemachten günstigen Erfahrungen. Er litt an chronischem Antrumempyem mit Absonderung von gelbem Eiter und subjectiver Kakosmie. Nach 6 tägigem Gebrauch des Mittels war die unangenehme Geruchswahrnehmung völlig verschwunden, die Absonderung weiss und schleimartig.

EMIL MAYER.

47) **W. M. Barton. Die Ausscheidung von Hexamethylenamin durch die Schleimhaut des Mittelohrs und der Nasennebenhöhlen. (Elimination of Hexamethylenamin by the mucous membrane of the middle ear and nasal sinuses.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 30. Juni 1910.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Hexamethylenamin wird von der Schleimhaut des Mittelohres und den Nasennebenhöhlen ausgeschieden.

2. Nach den vorliegenden geringen Erfahrungen scheint es, als ob das Präparat bei acuter Otitis media und Empyem von grossem Nutzen ist. Auch die chronischen Fälle werden günstig beeinflusst.

3. Hexamethylenamin ist vielleicht auch, wenn es vor chirurgischen Eingriffen am Mittelohr und Nebenhöhlen gegeben wird, von prophylactischem Werth.

EMIL MAYER.

48) **Frank Brawiley. Auto-Vaccine bei Infection der Nebenhöhlen. (Auto-Vaccines in nasal accessory sinus infection.)** *The Laryngoscope. September 1910.*

Die Herstellung der Vaccine erfordert durchschnittlich vier Tage. Sie wird dann jeden fünften Tag mittels einer sterilen Glasspritze angewandt. Die Anfangsdosis soll nicht mehr betragen, als die gewöhnliche Dosis des betreffenden Organismus. Ist die allgemeine und locale Reaction gering, so wird 5 Tage darauf die volle Dosis gegeben. Mischinfectionen erfordern eine kleinere Dosis als Staphylokokken, besonders wenn Diplokokken oder Bacillen vorhanden sind.

Es ist besonders hervorzuheben, dass vor allem die subacuten Infectionen durch die Vaccine günstig beeinflusst werden, d. h. Fälle, die seit nicht länger als einem Jahre bestehen. Die acuten Fälle bedürfen dieser Therapie nicht und die chronischen werden nur wenig beeinflusst.

EMIL MAYER.

49) **C. Caldera. Die Opsonintherapie bei eitrigen Erkrankungen des Ohres und der Nebenhöhlen. (La terapia opsonica nelle affezioni suppurative dell'orecchio e dei seni nasali.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Wenn diese Therapie auch vom wissenschaftlichen Standpunkt aus sehr rationell sein mag, so entspricht sie — wenigstens in der oto-rhino-laryngologischen Praxis — thatsächlich den Erwartungen nicht.

Verf. schlägt vor, die Anwendung der Vaccination auf die Fälle zu beschränken, in denen man es mit ausgesprochen acuten Processen zu thun hat; in solchen Fällen kann man hoffen, in wenigen Tagen Heilung zu erzielen und spätere Complicationen zu verhüten.

CALAMIDA.

50) **J. D. Comrie** und **J. S. Fraser** (Edinburgh). **Die Häufigkeit der Keilbeinhöhleneiterung. (The frequency of sphenoidal sinus suppuration.)** *Edinburgh Medical Journal. November 1910.*

Verf. kommen auf Grund von Leichenuntersuchungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die makroskopische Betrachtung eines Sinus lässt die Frage nach dem Vorhandensein einer Eiterung nicht sicher entscheiden, maassgebend ist dafür nur die histologische Untersuchung.

2. Chronische Eiterung der Keilbeinhöhle findet sich bei den Sectionen eines allgemeinen Krankenhauses nicht häufig.

3. Leichte Grade von Katarrh der Keilbeinhöhlenschleimhaut sind ziemlich häufig.

4. Schleimdrüsen und erectiles Gewebe sind in der submucösen Schicht der Keilbeinhöhlenschleimhaut häufig vorhanden.

A. LOGAN TURNER.

51) **Max Scheier** (Berlin). **Zur Untersuchung der Keilbeinhöhlen mittels Röntgenstrahlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. 1910.*

Verf. erhebt Prioritätsansprüche in Bezug auf die Röntgendurchleuchtung der Keilbeinhöhlen im verticalen Durchmesser.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **Nicolai** (Berlin). **Tod durch plötzliche Hirnblutung nach Eiterung, welche von Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen durchgebrochen war.** *Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Heft 10. 1909.*

Wiedergabe der Krankengeschichte eines acut verlaufenen Falles, der nach wenigen Tagen zum Exitus führte.

Es befanden sich auf der rechten Seite Protrusio bulbi und Oedem des Oberlides, ohne dass Stauungspapille vorhanden war. Die Obduction ergab stinkende Massen in der Keilbeinhöhle und besonders den hinteren Siebbeinzellen, deren knöcherne Wandungen morsch und vielfach durchbrochen waren.

WILH. SOBERNHEIM.

53) **C. G. Russ. Wood** und **G. F. C. Wallis. Ein Fall von beiderseitigem Oedem der Papillen und Ringskotom infolge Keilbeinempyem. (A case of bilateral papilloedema and ring scotoma due to sphenoidal sinusitis.)** *Lancet. 24. September 1910.*

Der mitgetheilte Fall betrifft ein 29 Jahre altes Mädchen. Dasselbe hatte

zwei Jahre lang an Sehstörungen, begleitet von Kopfschmerzen mit Intervallen von Besserung gelitten, hatte aber keine Symptome von Seiten der Nase dargeboten. Die Untersuchung ergab ausgesprochenes Oedem beider Papillen. Das Gesichtsfeld war rechts für Weiss und Farben eingeengt, jedoch ohne Skotom. Das linke Gesichtsfeld bestand nur in einer kleinen Insel temporalwärts. Nachdem der Eiter aus beiden Keilbeinhöhlen entfernt war, besserte sich das Sehvermögen beträchtlich; rechts wurde das Gesichtsfeld fast normal, jedoch blieb ein ausgesprochenes Ringskotom links.

A. J. WRIGHT.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Ueber Vertheilung der Drüsen und des adenoiden Gewebes im Bereiche des menschlichen Schlundes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Die Vertheilung der Drüsen ist in den verschiedenen Regionen des Schlundes sehr verschieden: während die Drüsen z. B. auf der hinteren Rachenwand nur in geringer Anzahl vorhanden sind, zeigt die Zungentonsille, der orale Theil des Velum in den oberen Partien, der Seitenstrang etc. eine gewaltige Menge. Die drüsenreichen Regionen sind identisch mit den an Lymphocyten reichen.

Die drüsenreichen Theile sind zugleich die am reichlichsten schleimproducirenden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **Frese** (Halle). **Ueber eine eigenartige Erkrankung der Mund- und Rachenschleimhaut.** *Zeitschr. für Laryngol. u. Rhinol. Bd. 3. S. 455. 1911.*

Vortrag, gehalten auf der 82. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg 1910. Das diesbezügliche Referat findet sich im Centralbl. f. Laryngol. Bd. 26. S. 536. 1910.

OPPIKOFER.

56) **J. C. Mac Watters. Ulceration des Rachens mit Bakterienvaccine behandelt. (Ulceration of the fauces treated by bacterial vaccines.)** *British Medical Journal. 22. Januar 1910.*

Es handelte sich um eine seit 8 Monaten bestehende Geschwürsbildung bei einem erwachsenen Manne. Der Zustand war wahrscheinlich die Folge von Carbolsäuredämpfen und glich ganz den Pharynxläsionen bei secundärer Syphilis, jedoch war der Wassermann negativ. Die Heilung gelang nach Anwendung einer autogenen Vaccine von Staphylokokken, Streptokokken und Diphtheroidbacillen.

A. J. WRIGHT.

57) **H. Burger** (Amsterdam). **Der hohe Gaumen, eine pathologische oder eine anthropologische Erscheinung. (Het hooge gehemelte, een pathologisch of een anthropologisch verschijnsel?)** *Handel. XIII. Flämischer Congress f. Med. u. Naturw. 1909.*

Ueberblick über die Frage mit ausführlicher Wiedergabe der verschiedenen Argumente. Verf. ist der Ansicht, dass die angeborene Gesichtsform zweifelsohne einen bedeutenden Einfluss auf die Gaumenform hat, dass aber auch ein Einfluss der Mundathmung, namentlich auf Grund der Statistiken von Alkan,

Bentzen und Bloch nicht zu leugnen sei. Unter den erklärenden Momenten erachtet er als das bedeutendste die Maasse der Zunge, welche bei der Nasenathmung die Mundhöhle ganz ausfüllt. Die Form des Gaumens werde, ausser der vererbten Anlage, von diesem Momente mitbestimmt. Bei der langjährigen Nasenathmung aber falle dieses Moment fort mit dem Resultate, dass jetzt der Oberkiefer in anderer Weise, und zwar mehr nach unten zu auswächst. H. BURGER.

58) **Kramer** (Glogau). **Zur Entstehung der angeborenen Gaumenspalte.** *Centralblatt f. Chirurgie. 11. 1911.*

Bei einem Neugeborenen mit Hemmungsbildungen an den Händen und Füssen war die sonst normal entwickelte Zunge in fast senkrechter Stellung durch segelartig ausgespannte Verwachsungen ihrer Schleimhaut an den unteren Rand der rudimentären Nasenscheidewand fixirt. Es hatte hier offenbar die Zunge die Gaumenplatten an ihrer Vereinigung gehindert. Lösung der Verwachsung mit der Scheere; das Kind entwickelte sich leidlich gut. SEIFERT.

59) **Riedel** (Jena). **Die Behandlung der mit Wolfsrachen complicirten einseitigen Hasenscharten.** *Mit 6 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1911.*

Riedel empfiehlt, die Kinder erst dann zu operiren, wenn sie körperlich gut genährt sind, je nach dem Befinden des Kindes, nach 3, 6, bisweilen auch erst nach 9 Monaten, und sich nicht durch das Drängen der Eltern zu einem zu frühzeitigen Eingriff verleiten zu lassen. Autor beschreibt eingehend seine Methode und Technik, mit der er nach jeder Richtung hin sehr befriedigende Resultate erzielte. HECHT.

60) **Drenkhahn** (Detmold). **Die Behandlung der mit Wolfsrachen complicirten einseitigen Hasenscharten.** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1911.*

D. vertritt entgegen den Anschauungen Riedel's (cfr. Referat aus Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1911) die Ansicht, dass man erfolgreich und gefahrlos gleich nach der Geburt operiren könne und schildert eingehend Methode und Technik, wie solche sich ihm bewährte. HECHT.

61) **G. W. Jones. Gaumenspalte. (Cleft palate.)** *Journal Kansas Medical Society. December 1910.*

Die idealste Zeit für die Operation ist von 3 Wochen bis 3 Jahren; sie soll nicht aufgeschoben werden, bis das Kind zu sprechen angefangen hat, da die Sprachdefecte schwer zu beseitigen sind. EMIL MAYER.

62) **E. Becker. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalten.** *Dissert. Breslau 1909.*

21 Fälle von angeborener Spaltbildung des Gaumens, von denen 19 nach der Langenbeck'schen Methode und 2 nach Brophy operirt wurden. Mittheilung der Krankengeschichten. OPPIKOFER.

63) **Franz Kuhn** (Cassel). **Die Operation des Wolfsrachens mittels peroraler Intubation.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Heft 4—5. 1909.*

Verf. empfiehlt die perorale Intubation besonders wegen der Continuirlichkeit, der Ruhe und Leichtigkeit der Narkose und der damit zusammenhängenden Beschleunigung des ganzen Eingriffes. Auch die vortheilhafte Verwendung der Zunge des Patienten, die nach hinten gepresst wird, ist ein wesentlicher Vortheil, ebenso die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und die Reinlichkeit bei der Anfrischung, Tamponade und Naht.

Das Instrumentarium, das vom Verf. näher beschrieben wird, umfasst folgende Theile:

1 Rohr für Wolfsrachen (nach Kuhn) 7 mm.
1 Rohr für Wolfsrachen (nach Kuhn) 8 mm.
1 Chloroformtrichter (nach Kuhn).
1 Zungendrücker (nach Kuhn).
1 Mundsperrer (nach O'Dwyer).

Zum Schluss giebt Verf. die Beschreibung der Operation und die Veröffentlichung einiger Fälle. WILH. SOBERNHEIM.

64) **Vogel** (Dortmund). **Zur Technik der Operation der Hasenscharte.** *Centralblatt f. Chirurgie. 14. 1911.*

Von rein chirurgischem Interesse. SEIFERT.

65) **A. Castex. Gaumenplastiken. (Palatoplasties.)** *Bulletin de laryngologie. Tome XIII. 1910.*

Vortrag, auf dem letzten französischen oto-rhino-laryngologischen Congresse gehalten. Castex operirt die Kinder erst vom 7. Jahre ab. Schnittführung, Lappenbildung und Naht sind sehr detaillirt auseinandergesetzt. Operirt wird am hängenden Kopf. LAUTMANN.

66) **Codivilla** (Bologna). **Ueber die blutige Mobilisirung des Oberkiefers bei Palato-gnato-schisis.** *Centralblatt f. Chirurgie. 4. 1911.*

Ausschliesslich für den Chirurgen von Interesse. SEIFERT.

Discussion über die Tonsille. *American Medical Association. Section on Laryngology and Otology. Juni 1910:*

67) **Robert Levy. Die tuberculöse Tonsille. (The tuberculous tonsil.)**

Verf. erörtert die verschiedenen Formen der klinisch manifesten und der latenten Tuberculose der Tonsille. Beim Vorhandensein von Cervicaladenitis, herabgesetzter Widerstandsfähigkeit und Anzeichen von schlechtem allgemeinem Ernährungszustand hält er die Tonsillectomie für angezeigt, auch wenn sonstige Indicationen für diese fehlen.

68) **Joseph C. Beck. Zustände, welche die Enucleation der Gaumentonsille erfordern. (Conditions demanding enucleation of the faucial tonsils.)**

I. Locale Erkrankungen:

1. Chronische lacunäre Tonsillitis mit wiederholten acuten Attacken.



2. Chronische lacunäre Tonsillitis mit wiederholten Attacken von Peritonsillarabscessen.
3. Tuberculöse Tonsillen.
4. Primärer Tonsillenschanker.
5. Maligne Erkrankung der Tonsille.
6. Acute Infectionen, wie Diphtherie, Scharlach etc. (? Red.)

II. Regionäre Erkrankungen:
1. Chronische persistirende Pharyngitis, besonders lateralis.
2. Tubenkatarrh mit Mittelohrerkrankung.
3. Vergrösserte Halsdrüsen.
4. Infection der Lungenspitze.
5. Wiederholte Bronchitis bei Kindern.

III. Allgemeine Erkrankungen:
1. Rheumatismus mit seinen Complicationen und Folgezuständen.
2. Bluterkrankungen, wie chronische Septikämie mit secundärer Anämie.
3. Gastrointestinalerkrankungen (Gastroenteritis, Duodenalkatarrh).
4. Parenchymatöse Veränderungen (parenchymatöse Nephritis, Hepatitis).
5. Veränderungen in besonderen Organen, wie Episkleritis und phlyctaenuläre Kerato-Conjunctivitis.

69) **B. B. Shurly. Enucleation der Gaumentonsillen; ihre Schwierigkeiten und Contraindicationen. (Enucleation of the faucial tonsils; its difficulties and contra-indications.)**

Aus den Schlussfolgerungen seien folgende hervorgehoben:

1. Die normale Tonsille soll nicht angerührt werden, besonders nicht im frühen Kindesalter.

2. Einfach hyperplasirte Tonsillen sollen mit dem Tonsillotom entfernt werden.

3. Pathologische Tonsillen, besonders die zwischen die Gaumenbögen versenkten, die bestimmte locale oder allgemeine Erscheinungen machen, sollen mit der Kapsel enucleirt werden.

4. Bei Kindern erfordert die Tonsillectomie Allgemeinnarkose, vorzuziehen ist dafür Aether; es sollte, wenn möglich, eine Hospitaloperation sein.

5. Die Tonsillectomie ist nicht in allen Fällen von sogenanntem Rheumatismus indicirt; sie erfordert längere Reconvalescenz und bietet mehr Infectionsgefahr als die Tonsillotomie.

6. Bei sorgfältiger Ausführung der Tonsillectomie ist gewöhnlich die Blutung geringer als bei der Tonsillotomie.

J. E. Logan meint, dass bei jeder Entzündung oder Hypertrophie der Gaumentonsillen sich ein ähnlicher Zustand der Rachentonsille findet und dass die Entfernung dieser wichtiger sei, als die jener.

Otto J. Freer empfiehlt warm die Tonsillectomie. Man muss Verletzungen des Gaumenbogens sorgfältig vermeiden, um die Bewegung des Gaumens durch Narbenbildungen nicht zu beeinträchtigen.

M. A. Goldstein: Ebenso wie der Chirurg von der Schilddrüse ein Stück stehen lasse, müsse man eingedenk sein, dass auch die Tonsillen eine Function zu erfüllen haben.

Bryan D. Sheedy: Die Todesfälle, die bisher in New York bei der Tonsillectomie beobachtet wurden, betrafen sämmtlich solche Fälle, in denen Cocain — mit oder ohne Adrenalin — angewandt wurde.

Henry Horn: Nach radicaler Enucleation der Tonsillen ist es möglich, dass in den Eustachischen Tuben Veränderungen Platz greifen, die eine Exacerbation eines schon bestehenden Katarrhs im Gefolge haben. Besonders nach Verletzung der Gaumenbögen hat er bestehende Schwerhörigkeit sich verschlimmern gesehen.

EMIL MAYER.

70) **F. Lasagna. Die Reaction des proteolytischen Ferments für die Diagnose der Angina. (La reazione del fermento protolitico per la diagnosi di angina.)** *Arch. Ital. di Otologia. Januar 1911.*

Aus den Versuchen des Verf.'s geht hervor:

1. Das Exsudat einer diphtherischen Angina giebt ausgesprochenste Proteolyse des Löffler'schen Serums.

2. Das Exsudat der einfachen fibrinösen Angina giebt eine langsame und nicht sehr evidente Digestion des coagulirten Serums.

3. Das Exsudat der Angina Vincenti giebt in keinem Stadium der Krankheit Proteolyse.

CALAMIDA.

71) **C. Fedeli. Ueber die Septicaemien nach Anginen. (Intorno alle setticemie consecutive a tonsilliti.)** *Bollet. mal. orecchio etc. Februar 1911.*

Verf. theilt zwei persönliche Beobachtungen mit, von denen eine einen tödtlich verlaufenden Fall betrifft. Er betont die Bedeutung der Tonsillen als Eintrittspforte für Infectionen und als bisweilen einzige und primäre Stelle einer Infection. Er macht auf den engen Zusammenhang zwischen Angina und Septikämien aufmerksam und die wichtigen Folgerungen, die sich daraus für die Praxis ergeben.

CALAMIDA.

72) **T. K. Hamilton. Peritonsillarabscess (Quinsey).** *Australian Medical Journal. 20. October 1910.*

Verf. setzt seine in einer früheren Arbeit begonnenen Beobachtungen fort. Er bespricht die Serum- und Vaccinetherapie, ferner die Anwendung des Pilocarpin bei Peritonsillitis und dessen Wirkungsweise. Für die Eröffnung des Abscesses bevorzugt er den Weg durch den Gaumen vor dem von der Fossa supratonsillaris aus.

A. J. BRADY.

73) **Cullen F. Welty. Combination von Zange und Tonsillenablöser. (A combined forceps and tonsillar separator.)** *Journal American Medical Association. 15. October 1910.*

Eine neue Schlinge, deren Vortheile Verf. auseinandersetzt.

EMIL MAYER.

74) **A. M. Mac Whinnie. Tonsillenzange. (Tonsil grasping forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 19. November 1910.*

Die vom Verf. angegebene Zange erlaubt, die Mandel in der Fossa supratonsillaris mit der Kapsel zu fassen. EMIL MAYER.

75) **Henry R. Boettcher. Eine Uvulazange und eine Combination von Schlinge und Ablöser für die Tonsillen. (A uvula forceps and a combined tonsil scissors and separator.)** *Journal American Medical Association. 29. October 1910.*

Verf. beschreibt eine Scheere, die, wenn sie geschlossen ist, einen doppelschneidigen Separator vorstellt, ferner eine Zange, mit der die Uvula bei Seite gezogen und vor Verletzungen geschützt werden soll. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

76) **F. Lasagna. Eine neue Methode zur differentiellen Diagnostik zwischen dem Diphtheriebacillus und Pseudodiphtheriebacillus. (Di un nuovo metodo per la diagnosi differenziale fra il bacillo difterico e pseudodifterico.)** *Arch. Ital. di Otologia. Januar 1911.*

Es genügt, von den zu differenzierenden Bacillen auf einem der gewöhnlichen Nährböden Culturen anzulegen, am besten Agar-Glycose, coagulirtem Serum, sie dann auf eine Schale mit Glycerin-Agar zu übertragen, auf deren Oberfläche man einen Tropfen Blut hat fallen lassen. Behält der Blutstropfen um die Kolonieen seine Farbe, so wird es sich um einen Pseudodiphtheriebacillus handeln, nimmt er eine braun-graue Farbe an, so ist der Löffler'sche Bacillus vorhanden.

CALAMIDA.

77) **R. G. Parkins** und **A. F. Furrer. Diphtherieepidemie in einem Reconvalescentenheim für Kinder. (Epidemic of diphtheria in a convalescent home for children.)** *Journal American Medical Association. 10. December 1910.*

Aus ihrer Beobachtung folgern Verf. die Nothwendigkeit, allen in das Hospital aufgenommenen Kindern prophylactisch Diphtherieserum zu geben, ferner die Wichtigkeit bacteriologischer Untersuchungen und die Nothwendigkeit, nicht nur aus dem Halse, sondern auch aus der Nase Culturen anzulegen, bevor man die Kinder aus der Quarantaine entlässt. Auch die Pflegerin in einem Diphtheriefall sollte nicht aus der Quarantaine entlassen werden, bevor die Culturversuche ein negatives Resultat ergeben. EMIL MAYER.

78) **J. Szmurlo. Einige Bemerkungen über die primäre Nasendiphtherie. (Kilka uwag o pierwotnoj blonicy nosa.)** *Medycyna i Kronika. No. 11 u. 12. 1911.*

Die primäre Nasendiphtherie hält der Verf. im Gegensatz zu verschiedenen Autoren für keine seltene Erscheinung. Vom Charakter der Diphtherieepidemie abhängig, constatirte er in verschiedenen Jahren von 2 pCt. bis 40 pCt. Fälle der primären Nasendiphtherie. Diese Krankheit beobachtete er auch bei einem einmonatigen Kinde, was der Ansicht Schmidt's widerspricht, dass die Säuglinge gegen Nasendiphtherie besonders immun sind. Die Krankheit verläuft acut oder chronisch. Auf 30 Fälle wurde nur zweimal der acute Verlauf beobachtet, welcher

mit Erscheinungen von hohem Fieber (bis 40 Grad) und starker Verstopfung meist eines Nasenloches und objectiv durch den Ausfluss von schleimiger, manchmal mit Blut gemischter Flüssigkeit charakterisirt wurde. Die Nasenschleimhaut ist mit einem dicken weissen Belag bedeckt, bei dessen Herausnahme Blutung eintritt; der Pharynx ist oft stark geröthet. Wenn man in diesem Stadium das antidiphtheritische Serum nicht anwendet, so verbreitet sich der Process rasch auf den Pharynx und Larynx.

Fälle mit chronischem, leichtem Verlaufe werden besonders durch Fieber bis 37,8 Grad, Anschwellungen der Nasenschleimhaut mit Erosionen, Krusten, oft weissen Belägen und stets mit Blutung charakterisirt. Dieser Zustand dauert Wochen an, und endet glücklich oder führt zur Fortsetzung des Processes auf den Rachen. Die Häufigkeit der leichten Diphtherieformen (93 pCt.) erklärt der Verf. durch die bactericide Eigenschaft des Nasensecrets.

Die Diagnose basirte stets auf bacteriologischer Untersuchung des Belages. Behandelt wurden die Fälle stets mit Seruminjectionen, durch Nasendouchespülungen mit H_2O_2 Wasser, Pulverisation mit Pyocyanase, und in allen 30 Fällen wurde ein günstiger Erfolg erzielt. A. v. SOKOLOWSKI.

79) **George Dow Scott. Nasendiphtherie bei kleinen Kindern. (Nasal diphtheria in infants.)** *N. Y. Medical Record. 19. November 1910.*

Verf. betont die Nothwendigkeit der Isolirung der Patienten. Er giebt jedem Familienmitglied 500—2000 J. E. Diphtherieserum. Nasendouchen verwirft er durchaus. Dagegen wendet er die Serumtherapie an und zwar 1500 J. E. tief in die Glutaeen injicirt und danach ein- oder zweimal in 6stündigem Intervall 2000 J. E. per os. EMIL MAYER.

80) **Sörensen** (Kopenhagen). **Zur Werthschätzung der Pyocyanasebehandlung bei der Resistenz der Diphtheriebacillen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1911.*

Die an Diphtherie Erkrankten wurden nach Abklingen der klinischen Erscheinungen (Aufhören des Fiebers und Reinigung des Schlundes) behufs Beseitigung persistirender Diphtheriebacillen gruppenweise mit 3 verschiedenen Lösungen behandelt: mit der Löffler'schen Menthol-Toluol-Eisenlösung, mit Pyocyanase und mit concentrirter Jod-Jodkalilösung. Hatten die Kranken 2 Wochen das betr. Mittel gebraucht und waren sie danach noch Bacillenträger, so wurde eines der anderen Medikamente angewandt. Am Erfolgreichsten erwies sich die Menthollösung, an zweiter Stelle kam die Pyocyanase. Die Jodlösung kam nur bei den Fällen zur Verwendung, deren Bacillen sich gegen die beiden ersten Mittel refractär erwiesen hatten. Bei einigen führte die Jodbehandlung dann noch zum Verschwinden der Diphtheriebacillen, ein kleiner Rest aber trotzte jeglicher Behandlung und wurde mit Bacillen entlassen; eine Weiterverbreitung der Diphtherie durch diese kam nicht zur Kenntniss. HECHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

81) **Hal Foster. Bericht über zwei ungewöhnliche und interessante Fälle von acutem Kehlkopfödem. (Report of two unusual and interesting cases of acute edema of the larynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

In keinem der beiden Fälle bestand irgendwelche constitutionelle Ursache für das Oedem, kein Diabetes, Nephritis oder Herzkrankheit. Sie hatten kein Jod oder sonstige Medicamente genommen und erfreuten sich des besten Wohlseins, als plötzlich das Oedem einsetzte, bei dem einen infolge eines Insektenstichs, bei dem andern infolge ungewöhnlich rauher Witterung.

EMIL MAYER.

82) **O. Chiari** (Wien). **Angeborene Lappenbildung an den Wrisberg'schen Knorpeln.** *Wiener med. Wochenschr. No. 1. 1911.*

Beobachtung dreier Fälle durch mehrere Jahre. Die $1/2$—1 cm langen lappenartigen Schleimhautwülste gingen von den Wrisberg'schen Knorpeln aus (histol. Befund) und blieben, nicht operativ behandelt, stationär und verursachten keine nennenswerten Beschwerden.

HANSZEL.

83) **H. Burger** (Amsterdam). **Kehlkopfluftsäcke beim Menschen. (Strottenhoofdsluchtzakken bij den mensch.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 13. 1910.*

Bei einem 12jährigen an Asthma leidenden Knaben entsteht beim Husten plötzlich eine umschriebene Schwellung auf der rechten Halsseite, welche sich dann beim Husten und Pressen immer wieder bildet, um nach Aufhören des erhöhten Druckes sofort zu verschwinden.

Aetiologisch unterscheidet Verf. zwischen angeborenen (externen) und erworbenen (endolaryngealen) Säcken. Die letzteren entstehen meistens infolge zufälliger anatomischer und pathologischer Verhältnisse. (Vergl. Sitzungsber. der XIX. Vers. der Niederl. Ges. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenh. Juni 1910. Leiden).

H. BURGER.

84) **G. Pinaroli. Ueber die hyaline und amyloide Degeneration in den Kehlkopftumoren. (Sui processi di degenerazioni ialina e amiloida nei neoplasmi della laringe.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Verf. plädirt dafür, die Bezeichnung „hyaline" oder „amyloide" Tumoren fallen zu lassen und dafür von bestimmten Tumoren mit hyaliner resp. amyloider Degeneration zu sprechen. Man kann solche Tumoren aus dem klinischen Bild nicht diagnosticiren. Verf. nimmt die Möglichkeit einer Umwandlung hyaliner in amyloide Substanz an, obwohl solches nicht nothwendig und constant sei. Solche Degenerationen sind nicht immer an allgemeine Processe geknüpft, sondern erscheinen als Ausdruck einer localen Ernährungsstörung.

CALAMIDA.

85) **H. Cocks. Stimmbandknötchen. (Vocal nodules.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Verf. cauterisirte vor zwei Monaten mit dem elektrischen Spitzbrenner das eine und acht Tage später das andere Knötchen. Jedesmal waren 3—4 Tage lang heftige Schmerzen und Reaction. Drei Wochen später war die Stimme erheblich

gebessert und ist jetzt normal. Die Knötchen sind völlig verschwunden. Verf. ist der Ansicht, dass das Hineintropfen von Schleim von dem Nasenrachen und den Mandeln in den Larynx etwas mit der Bildung der Sängerknötchen zu thun habe (? Red.).

EMIL MAYER.

86) **Flatau** (Berlin). **Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 369. 1910.*

Vortrag, gehalten an der 82. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg 1910. Das diesbezügliche Referat befindet sich im Centralbl. f. Lar. Bd. 26. S. 526.

OPPIKOFER.

87) **C. J. Koenig. Behandlung der Sängerknötchen und anderer Auswüchse des Stimmbandes mittels des Galvanokauters. Neuer geschützter Kauter. (Traitement des nodules des chanteurs ou autres excroissances des cordes par la galvano-cautérisation. (Nouveau cautère protégé.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 11.*

Zur Behandlung der Sängerknötchen empfiehlt Koenig einen von ihm modificirten elektrischen Brenner. Die Platinspitze ist mit einer Kupferhülse umzogen, die seitlich eine Oeffnung für den vorspringenden Knopf des Brenners trägt. Sobald der Kauter functionirt, ist nur der seitliche Knopf unbedeckt. Es lässt sich so ohne Nebenverletzungen der brennende Punkt genau auf das Knötchen ansetzen.

LAUTMANN.

88) **G. Hudson Makuen. Die respiratorischen und stimmlichen Symptome bei Kehlkopfpapillomen. (The respiratory and vocal symptoms in papillomata of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Die Heiserkeit bei Papillomen unterscheidet sich, obwohl sie nichts Charakteristisches hat, einigermaassen von der bei anderen Kehlkopftumoren, weil die Papillome im allgemeinen beweglicher sind und ihren Ursprung in der Schleimhaut haben, während andere Tumoren in die Muskeln und Knorpel hineingehen. Die Heiserkeit bei Papillomen wie die Athembeschwerden wachsen zeitweise mit den Veränderungen in Grösse, Sitz und Beweglichkeit der Tumoren. Die Stimme ist bisweilen wenig mehr als ein Flüstern.

EMIL MAYER.

89) **Francis R. Packard. Ueber dreissig Jahre sich erstreckende Geschichte eines Falles von recidivirenden Papillomen, während deren zwei Thyreotomien gemacht wurden. (History of a case of recurrent papilloma of the larynx extending over thirty years, during which two thyreotomies were performed.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Cfr. Verhandlungen der 32. Jahresversammlung der American Laryngological Association Washington 1910.

EMIL MAYER.

90) **Claoué. Gebrannte Magnesia zur Behandlung der diffusen Larynxpapillome des Kindes. (La magnésie calcinée dans le traitement des papillomes diffus du larynx de l'enfant.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 12. 1910*

Es ist interessant zu wissen, dass Claoué in zwei Fällen von diffusen

Papillomen des Kehlkopfes beim Kinde, die allen anderen Behandlungsmethoden Widerstand geleistet hatten, die interne Anwendung der gebrannten Magnesia vom besten Erfolge gekrönt sah. Im ersten Falle blieb bei einem 5jährigen Kinde nichts anderes übrig, als wie die Zuflucht zur Laryngostomie zu nehmen mit der unsicheren Aussicht, das Kind nach jahrelanger qualvoller Behandlung auszubeilen. Da rieth Frèche, dem Kinde täglich 5 g gebrannte Magnesia zu geben. Nach 14 Tagen war die Besserung auffallend und in 4 Monaten war das Kind geheilt. Im zweiten Falle war das 5jährige Kind endoskopisch operirt worden. Einen Monat später Recidive. Das Kind bekam nun täglich 50 cg Magnesia und wieder wurde innerhalb einiger Monate ein sehr zufriedenstellendes Resultat erzielt.

LAUTMANN.

91) **Nikolai Wolkowitsch** (Kiew). **Weiteres über den Kehlkopfkrebs. Einige klinische Besonderheiten, die operative Behandlung und ergänzende Daten über früher operirte Fälle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. S. 129. 1911.*

Verf. erwähnt vorerst die Krankengeschichte eines 40jährigen Patienten, bei dem er an der Hand des Krankheitsverlaufes annimmt, dass sich das Carcinom auf dem Boden eines tuberculösen Geschwürs am rechten Stimmband entwickelt hat.

In den 28 Fällen von Kehlkopfkrebs, die W. im Verlauf der Jahre operirt und deren Operationsresultate er übrigens zum grösseren Theile bereits publicirt hat, wurde 2mal die Thyreotomie, 6mal die partielle Kehlkopfexstirpation und bei 20 Fällen die totale ausgeführt. Die Operationsmethode der totalen Kehlkopfexstirpation wird eingehend beschrieben. Die Zeit bis zur vollständigen Ausheilung dauerte in günstigen Fällen 4—5 Wochen. Alle Patienten konnten sich nach der Ausheilung durch Flüstersprache verständlich machen; bei einem Patienten entwickelte sich eine richtige, wenn auch heisere Bassstimme. Von den 20 Totalexstirpirten starben 5 im Anschluss an die Operation.

Auf alle 28 Fälle von operirtem Kehlkopfcarcinom entfallen 6 Heilungen (21,4 pCt.).

OPPIKOFER.

92) **Jankowski. Ein Fall von Kehlkopf-, Pharynx- und theilweiser Oesophagusexstirpation. (Przypadek wyciecia krtani.)** *Pamietnik Tow. Lekarskiego. Tow 106. Lescyt III. 1910.*

Jankowski demonstrirte in der Warschauer med. Gesellschaft einen Kranken, bei dem der Kehlkopf, Rachen, Pharynx, Glandula thyreoidea und Oesophagus theilweise, sowie die degenerirten lymphatischen Drüsen des hinteren Mediastinums infolge des Krebses entfernt wurden, sowie die anatomischen Präparate dieses Falles. Im Jahre 1908 hatte J. diesem Kranken den ganzen Kehlkopf mittels Gluck'scher Methode entfernt. Nach seiner Entlassung kehrte der Kranke (ein Maurer) zu seiner Beschäftigung zurück, arbeitete zufriedenstellend, sprach ganz deutlich und ziemlich laut (J. lehrte ihn das Sprechen mit Pharynxstimme nach der Gutzmann'schen Methode). Doch im Februar 1910 kehrte er wieder in das Krankenhaus zurück mit den Erscheinungen bedeutender Dysphagie, Athemnoth, breiten Geschwüren in der Gegend der in die Haut eingenähten Tracheastücke,

fast den ganzen vorderen Theil des Halses einnehmend. Unter dem Geschwür konnte man einen harten Tumor fühlen. Am 10. August d. J. entfernte J. en bloc die ganze Neubildung, die die Glandula thyreoidea, den Rachen und den oberen Theil des Oesophagus (4 cm) ausfüllte, wonach er aus dem hinteren Mediastinum ein fast handgrosses Packet von degenerirten lymphatischen Drüsen herausnahm. Zugleich mit dem Tumor entfernte er auch 4—5 Ringe des nach der vorigen Operation übriggebliebenen Trachealrestes, die von allen Seiten von der Neubildung afficirt waren. Die Trachea und den Oesophagus nähte er in die Wunde der Haut ein; die Schleimhaut der Mundhöhle von der Wundseite vernähte er genau, um das Herabsickern des Wundinhaltes in die Wunde zu verhindern. Auf die Ausführung der plastischen Operation, um die Continuität des Oesophaguscanals herzustellen, musste er verzichten infolge des Mangels an Haut, die zugleich mit dem Tumor von der Oberfläche des vorderen Halstheiles entfernt worden war. Die sehr grosse Wunde der Höhle und des Mittelfelles füllte er mit weisser Jodoformgaze genau aus, worauf er die Ränder mit einigen Situationsnähten einander näherte; die Tampons blieben 6 Tage lang liegen, darauf wechselte er sie täglich. Nach einigen Tagen entfernte er noch nachträglich ein Packet von degenerirten Submaxillardrüsen. Der ganze postoperative Verlauf verlief ohne Complicationen. 10 Tage nach der Operation traten mehrere Tage lang Anfälle von Tetanie auf, die jedoch bald ganz aufhörten. Die sehr breite Wunde, die fast den ganzen Vordertheil des Halses einnahm, verheilte sehr gut nach 7 Wochen ohne Hauttransplantation nach Thiersch (Heilung mittels 8proc. Amidoazotoluolsalbe). Der Kranke verliess am 12. April das Krankenhaus und kehrte an seine Arbeit zurück. Er fühlt sich ganz gut. J. hält diesen Fall einer so bedeutenden Entfernung der Organe des vorderen Halstheiles für den ersten, der in Warschau vorgenommen worden ist und wie er überhaupt sehr selten vorkommt.

A. v. SOKOLOWSKI.

93) **Sand. Kehlkopfkrebs, gleichzeitig mit einem Oesophaguskrebs. (Cancer du larynx. coincidant avec un cancer de l'oesophage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 17. 1910.*

In der Sitzung der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel am 17. März 1910 zeigt S. Präparate von einem Individuum vor mit einem voluminösen Epitheliom des Larynx und einem ulcerirten Epitheliom des Oesophagus, welches an der Uebergangsstelle des unteren Drittels zu den zwei oberen desselben sass.

Die mikroskopische Natur beider Tumoren ist identisch. Der Oesophaguskrebs ist ohne Zweifel eine Implantation des Kehlkopfkrebses.

BAYER.

94) **E. Meyer** (Berlin). **Carcinom der linken Kehlkopfhälfte.** (Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 9. Juni 1909.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Zuerst Laryngofissur, später Totalexstirpation.

HEGENER (ZARNIKO).

95) **F. Egidi. Kehlkopfkrebs und Larynxexstirpation. (Casi di epitelioma laringeo e laringectomia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Fasc. IV. October 1910.*

Verf. macht auf Grund von drei persönlichen Erfahrungen aus letzter Zeit

Bemerkungen über die chirurgische Therapie des Kehlkopfcarcinoms. Er verwirft, im Fall eine Radicaloperation angezeigt ist, die präventive Tracheotomie; vor der Thyreotomie zieht er die Totalexstirpation vor, die Thyreotomie sei nur für sehr seltene Fälle anwendbar.

Von den drei mitgetheilten Fällen verweigerte der eine die Operation und ist gestorben, die anderen beiden, bei denen die Totalexstirpation gemacht wurde, sind 15 und 7 Monate nach der Operation noch gesund.

CALAMIDA.

96) **Cisnero** (Madrid). **Chirurgie des Kehlkopfkrebses. (Tratamiento operatorio del cancer de la laringe.)** *Boletin de laringologia. Mai-August 1910.*

Verf. hat in 78 Fällen die Tracheotomie machen müssen. In 5 Fällen hat er endolaryngeal operirt; von diesen sind vier recidivirt, einer ist seit 14 Monaten geheilt. Thyrotomie wurde in 13 Fällen gemacht, von diesen ist einer seit 5 Jahren geheilt. Pharyngotomie 14mal, davon 7mal Tod im Anschluss an die Operation, 2 Recidive, 4 ohne Nachricht, 1 vor 3 Monaten operirt. Halbseitige Exstirpationen 42: 10 Todesfälle nach der Operation, 6 Recidive, 17 ohne Nachricht, 9 seit vielen Jahren geheilt. Totalexstirpation 23: 8 Todesfälle im Anschluss an die Operation, 6 Recidive, 6 ohne Nachricht, 2 geheilt.

A. J. TAPIA.

97) **Baltar** (Santiago). **Fünf Fälle von Kehlkopfexstirpation. (Cinco casos de estirpación de la laringe.)** *Revista espanola de laringologia. September-October 1910.*

Verf. hat das Verfahren von Perier angewandt und damit in seinen 5 Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt.

A. J. TAPIA.

98) **Lazarraga. Totale Kehlkopfexstirpation unter Localanästhesie. (Exstirpations totales du larynx au moyen de l'anesthésie locale. Ses avantages.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXX. No. 3. 1910.*

Der Autor verwendete in 5 Fällen die Localanästhesie zur Totalexstirpation des Kehlkopfes, und zwar immer mit gutem Erfolge. Verwendet wurde in den letzten 4 Fällen Novocain. Die Operation wird sehr vereinfacht, ein Assistent genügt.

LAUTMANN.

99) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von hochgradiger Dyspnoe infolge eines Polypen im rechten Bronchus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1910.*

47jährige Patientin mit hochgradiger Dyspnoe, deretwegen bereits Tracheotomie, jedoch ohne Erfolg, vorgenommen worden war. Tiefsitzende Trachealstenose mit Compression des rechten Bronchus, vermuthlich Folge eines Tumors. Die Bronchoskopie von der Trachealwunde aus ergab einen direct neben der Bifurcation im rechten Bronchus nicht sehr breitbasig aufsitzenden, von glatter Schleimhaut überzogenen Tumor. Der Tumor wurde mittelst scharfer Zange gefasst und abgerissen; Blutung minimal. Die mikroskopische Untersuchung des etwa 4 cm langen und $1-1^1/_2$ cm dicken Tumors ergab: ödematöser Polyp mit versprengten Knorpelkeimen, zugleich lappiges Ecchondrom (wohl vom Bronchial-

ring ausgehend). Langsamer Rückgang aller Symptome. Krankengeschichte und Röntgenbefund vor und nach der Operation sind in der Arbeit mitgetheilt.

HECHT.

100) **Kahler** (Wien). **Ueber Divertikel des Tracheo-Bronchialbaumes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. S. 86. 1911.*

Vortrag, gehalten auf der 12. Versammlung Deutscher Laryngologen, Dresden 1910. Das Referat findet sich im Centralbl. f. Laryngol. Bd. 26. S. 387. 1910.

Die jetzige Arbeit bringt die beiden endoskopischen Bilder (Fall 1 Trachealdivertikel und Fall 2 rechsseitiges Bronchialdivertikel) und giebt eine Uebersicht über die spärliche Literatur, die sich bis heute fast ausschliesslich nur auf Sectionsbefunde bezieht. Diese congenitalen Anomalien verursachen wohl kaum je Beschwerden. So waren auch die beiden Beobachtungen des Verf.'s Zufallsbefunde; die beiden Patienten (34jähriger Mann und 32jährige Frau) wurden wegen Compression der Trachea durch Struma tracheoskopirt. Würde einmal ein solches Divertikel Beschwerden verursachen, so empfiehlt K., dasselbe durch Aetzungen oder Galvanokaustik zum Verschluss zu bringen.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

101) **John Rogers. Die therapeutische Anwendung einer Theorie der pathologischen Physiologie auf die Schilddrüsenkrankheiten. (The therapeutic application of a theory for the pathological physiology involved in disease of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1910.*

Die Erklärung des Verf.'s über das Wesen der Schilddrüsenkrankheiten ist auf der Theorie von der Ermüdung der Drüse infolge excessiver Inanspruchnahme aufgebaut.

Die erste Aufgabe der Therapie besteht darin, der Drüse Ruhe zu verschaffen und dem Epithel zu ermöglichen, dass es seine Fähigkeit, Jod umzusetzen, wiedererlangt, ferner die Ueberproduction von Nucleoproteid und auch Globulin einzuschränken, welches auf dem Wege durch den Sympathicus die Schilddrüse und das Herz reizt. Die primären acuten toxämischen Fälle können durch das Antithyroidserum geheilt werden, welches durch seine cytotoxischen und antitoxischen Componenten die Schilddrüsenproducte neutralisirt. Die chronischen Fälle erfordern eine präliminare Unterbindung der Schilddrüsengefässe, stets unter Localanästhesie, um der Drüse Ruhe zu verschaffen. Danach soll Antiserum oder Organtherapie angewandt werden. Bei den toxämischen Exacerbationen muss das Antiserum mit grösster Vorsicht gegeben werden. Partielle Thyreodectomie ist angebracht in Fällen mit constitutionellen Symptomen, bei denen aber nur eine circumscripte oder einseitige Schilddrüsenvergrösserung vorhanden ist. Der zurückgelassene Theil der Schilddrüse soll in besserem Znstande sein, als der entfernte. Immer ist daran zu denken, dass die Schilddrüse nur ein Glied in einer Reihe von Drüsen ist, deren Function mit der Aufrechterhaltung einer normalen Biochemie eng verknüpft ist. Eine functionelle Störung in einer dieser Drüsen — die Glandula pituitaria eingeschlossen — scheint oft eine compensatorische Hyper-

trophie und häufig eine Hyperactivität der Schilddrüse hervorzurufen. Eine Radicaloperation an der Schilddrüse soll daher nur unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse unternommen werden.

EMIL MAYER.

102) **Eduard Laser** (Wiesbaden). **Ueber thyreotoxische Erscheinungen und ihre Behandlung mit Antithyreoidin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1911.*

Autor theilt die Krankengeschichten von 4 einschlägigen Fällen mit, bei denen er durch entsprechende Verabreichung des Serums sehr befriedigende Resultate erzielte.

HECHT.

103) **Bauer** (Düsseldorf). **Die Scharlachthyreoiditis.** *Monatsschr. f. Kinderheilkunde. 10. 1911.*

In 3 Fällen setzte die Entzündung der Schilddrüse im Verlaufe des Scharlachs ein, ohne dass vorher eine Vergrösserung der Thyreoidea bestanden hatte. Möglicherweise können sich gewisse Basedow-ähnliche Erkrankungen auf eine solche entzündliche Schwellung der Thyreoidea zurückführen lassen.

SEIFERT.

104) **Ismet Bahri. Ein Fall von Thyreoiditis nach Influenza. (Un cas de thyroïdite aigue suppurée post-grippale.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 5. 1911.*

Bericht über einen Fall, der nichts Besonderes darbietet.

LAUTMANN.

105) **N. Vajda** (Budapest). **Rapide Starbildung nach Exstirpation der Schilddrüse.** *Budapesti orvosi ujság. 1909. Beilage: Szemészeti lapok. No. 4.*

Nach der Operation traten bald Tetanie und Lähmung beider unteren Kehlkopfnerven auf. Nach 6 Monaten Abnahme des Sehvermögens in Folge von Cataracta stellata. Die Krämpfe dauerten 15 Monate lang.

POLYAK.

106) **Pauchet** (Amiens). **Sklerodermie nach Thyreodectomie wegen Basedowkropf. (Sclérodermie consécutive à une thyroidectomie pour goitre exophtalmique.)** *Société de chirurgie. 23. November 1911.*

Die Erkrankung — bei einem 44jährigen Individuum — datiert seit 2 Jahren. Entfernung des rechten Schilddrüsenlappens. Rapide Besserung, jedoch 2 Monate darauf beginnt die Sclerodermie sich zu entwickeln.

GONTIER de la ROCHE.

107) **P. Rosenhauer. Ueber Syphilis der Schilddrüse.** *Dissert. Leipzig 1909.*

Sowohl bei hereditärer als bei erworbener Lues kommen path. anat. Veränderungen in der Schilddrüse vor. Doch sind derartige Beobachtungen selten. R. konnte nur 12 derartige Fälle, von denen 5 auf hereditäre und 7 auf acquirirte Syphilis zu beziehen sind, aus der Literatur zusammenstellen. 10 mal handelte es sich um circumscripte Gummata und nur 2 mal um eine diffuse Erkrankung des Organes mit fibröser Atrophie des Gewebes.

OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

108) **Ernst v. d. Porten** (Hamburg). **Ein Fall von Atresia oesophagi congenita mit Oesophagus-Trachealfistel.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Heft 6. 1909.*

Nachdem Verf. bei einem vier Tage alten Kinde eine Atresia des Oesophagus in Höhe von 15 cm von dem Alveolarfortsatz festgestellt hatte, wurde eine Magenfistel angelegt. Die theilweise aus dem Munde abfliessende, dem Magen eingeführte Flüssigkeit zeigte das Bestehen einer Oesophagustrachealfistel an, die bei der Autopsie an der Stelle der Bifurcation festgestellt wurde.

WILH. SOBERNHEIM.

109) **H. Schum. Ueber das Verhalten der Schluckgeräusche bei Oesophagusstenose.** *Dissert. Kiel 1909.*

An der Klinik von Quincke wurden bei 102 Speiseröhrenverengerungen, meist Carcinome, die Schluckgeräusche genau auscultirt. Die betreffenden Notizen aus den Krankengeschichten werden wiedergegeben. Nur 3 mal ergaben sich normale Schluckgeräusche, während 99 mal, also bei über 97 pCt., wesentliche Abweichungen von der Norm nachweisbar waren: Meist handelte es sich um ein Fehlen oder eine Verspätung des secundären Schluckgeräusches. Leider hat sich aber die Hoffnung des Autors, dass sich aus der Art der Schluckgeräusche irgend welche Anhaltspunkte für den Sitz und den Grad der vorliegenden Stenose gewinnen lassen, nicht erfüllt. Auch gibt die Auscultation des Oesophagus über die Aetiologie einer Strictur keinen Aufschluss.

OPPIKOFER.

110) **Guisez** (Paris). **Ueber eine wenig bekannte Form von Speiseröhrenverengerung. (Sur une forme peu connue de sténose de l'oesophage.)** *Académie de Médecine. 29. November 1910.*

Verf. macht auf narbige Verengerungen aufmerksam, die infolge von Spasmen mit nachfolgenden Anfällen von Oesophagitis entstehen.

GONTIER de la ROCHE.

111) **Sierpinski. Zwei Fälle von Oesophagusstrictur. (Dwa przypadki zwezenia przelyka.)** *Medycyna & Kronika Lekarska. No. 3. 1911.*

Im ersten Falle von Oesophagostrictur hatte die Durchleuchtung nachgewiesen, dass während der tiefen Inspiration in der Gegend des achten Dorsalwirbels eine hakenartige Verwölbung sich bildete, während der tiefen Inspiration in Folge Herabsinkens des Diaphragma dieselbe verschwand, und der Oesophagus sich vollständig aufrichtete. Eine harte Sonde konnte leicht durchgeführt werden. In 2 Fällen zeigte sich bei einer seit Jahren bestandenen ziemlich ausgesprochenen Strictur des Oesophagus oberhalb der stenosirten Stelle keine deutliche Erweiterung.

A. v. SOKOLOWSKI.

112) **Staehelin-Burckhardt** (Basel). **Ueber Tuberculose des Oesophagus.** *Archiv f. Verdauungskrankkeiten. 1910.*

Nach Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle dieser seltenen Erkrankungsform beschreibt Verfasser eine eigene Beobachtung, die durch directe

Inoculation durch infectiöses Sputum entstanden sein dürfte. Sectionsprotokoll — Abbildung.

WILH. SOBERNHEIM.

113) Arthur Keith. **Eine Demonstration von Divertikeln des Verdauungstractes congenitalen oder dunklen Ursprungs. (A demonstration on diverticula of the alimentary tract of congenital or obscure origin.)** *British Medical Journal. 12. Februar 1910.*

Es wurden 10 Präparate von retrocricoiden Divertikeln des Pharynx untersucht. Sie bestanden aus einem Sack, zusammengesetzt aus der mucösen und submucösen Schicht, die zwischen zwei Portionen des M. constrictor inferior ausgestülpt waren, wobei die obere Portion des Muskels als Schluckmuskel wirkte, während die untere die Function des Speiseröhrensphincter ausübte.

Das jüngste Individuum war 45 Jahre alt; der Zustand war also nicht angeboren.

In 12 Fällen von Tractionsdivertikeln der Speiseröhre waren alle an der Vorderwand im Niveau der Bifurcation der Trachea gelegen; in vielen Fällen war noch eine entzündete Drüse an das Diverticulum angeheftet. Sie entstanden wahrscheinlich infolge des Zuges, den die adhärente Drüse beim Husten ausübte. Auch wurden 6 Fälle von Cysten, die zweifelhaften Ursprungs waren, wahrscheinlich aber vom Oesophagus herkamen, beschrieben.

A. J. WRIGHT.

114) Robert Zimmermann. **Zwei Fälle von Laryngo-Oesophagusresection.** *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1911.*

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur Bericht über zwei einschlägige Fälle:

1. 50jährige Patientin mit Oesophagus-Carcinom, das in die Trachea durchgewuchert war. Resection der erkrankten Gebiete, glatte Heilung der Wunde. Exitus nach 5 Wochen an Kachexie; Section ergab ausgedehnte Carcinose der Leber; „an der völlig verheilten Operationsstelle kein Recidiv.“

2. 21jähriger Arbeiter mit Sarcom der Schilddrüse, des Larynx und Oesophagus; Radicaloperation mit glatter Heilung und Entlassung des Patienten. Nach 3 Monaten Erstickung durch Herausrutschen der Canüle aus der Trachea. Section war unmöglich.

Auf Grund der bei beiden Operationen gewonnenen Erfahrung kommt Autor zu der Ueberzeugung, „dass die gleichzeitige Resection von Oesophagus und Larynx aussergewöhnliche Schwierigkeiten nicht biete.“ Erleichtert werde die Operation durch den für Strumen grösseren Calibers von Riedel angegebenen Lappenschnitt. Eine praeliminare Gastrostomie sei unnöthig, unmittelbar nach der Operation kann mit der Ernährung durch die Oesophagusfistel begonnen werden. Später kann man dann die v. Hacker'sche Speiseröhrenplastik vornehmen.

HECHT

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege.

Herausgegeben von L. Katz, H. Preysinger und Blumenfeld. Verlag von Curt Kabitzsch, Würzburg. 1. Bd. Lieferung 1/2. 1911.

Die Laryngologie befindet sich jetzt und schon seit längerer Zeit in einem kritischen Stadium; ihre Selbstständigkeit an den Universitäten ist an vielen Stellen bedroht und zum Theil schon untergraben, so dass alle, denen sie aus vollster Ueberzeugung am Herzen liegt, darauf bedacht sind, dem drohenden Sturm zu begegnen resp. zu retten, was noch zu retten ist. Die Wege, auf denen dies Ziel zu erreichen ist, sind verschieden je nach dem Standpunkt der einzelnen, und es sind einzelne gerade in der ersten Reihe stehende Männer von internationalem Ruf, die davor warnen, unserer Spezialdisciplin ein zu ausgedehntes Feld der operativen Thätigkeit einzuräumen und dies den bewährten Händen der Chirurgen zu entreissen. Auf der anderen Seite lässt sich nicht leugnen, dass die Laryngologen an dem Ausbau der chirurgischen Behandlung der oberen Luftwege einen beachtenswerthen Antheil haben, neue und bessere Methoden geschaffen haben, als sie bis dahin gang und gäbe waren, und dass die rhino-laryngologische Therapie — wenn auch oft ein Zuviel zu tadeln ist — mehr nach der chirurgischen Seite tendirt. Wenn nun auch zweifellos mit Recht von erfahrenen und besonnenen Männern unserer Wissenschaft vor einem zu radicalen Vorgehen und einer zu breiten Indicationsstellung für dieses oft gewarnt wird, so ist doch andererseits die Ausdehnung der operativen Thätigkeit bei den Specialcollegen nicht mehr aufzuhalten, um so weniger, als besonders die jüngere Generation sich zum nicht geringen Theil einer gründlicheren chirurgischen Ausbildung erfreut. Der Weg ist hier derselbe, den auch die Otologie gegangen ist; nach einem längeren Stadium eines allgemeinen Conservatismus hat sie sich mehr der chirurgischen Behandlung gewidmet und sie ausgebaut und viele Patienten, die früher dem Chirurgen in die Hände fielen, suchen heute den Ohrenarzt auf — und nicht zu ihrem Schaden. Schliesslich ist ja bei allen Specialdisciplinen dasselbe zu beobachten.

Wenn die Herausgeber dieses Handbuches sich zu ihm entschlossen haben, so, glaube ich, wollten sie eben einem rein practischen Bedürfniss nachkommen, und, wenn ich nicht irre, finden sie für ihren Plan bei einer nicht geringen Anzahl von Spezialcollegen viel Sympathie. Sie wollen, wie sie ja auch in der Vorrede sagen, den Schwerpunkt auf folgende Punkte legen: „Practischen Bedürfnissen dienende Darstellung der Operationsgebiete, klare Schilderung der verschiedenen gebräuchlichen und bewährten Methoden, objectives Abwägen der einen derselben gegen die andere, ein klares Bild des operativen Vorgehens, je nach Lage der Fälle, straffe Indicationsstellung, Berücksichtigung der Instrumentenlehre nach Bedarf, kritische Würdigung der operativen Dauererfolge und Schilderung der Nachbehandlung.“

Der erste Theil, die topographische Anatomie des Kopfes, ist von Prof. Sobotta, Würzburg, behandelt und kommt dem practischen Bedürfnis, in höchst instructiver Weise nach, indem der Text fast erdrückt wird von grössten Theils

farbigen und ausgezeichneten Tafeln, wie man sie bisher nur in den besseren anatomischen Atlanten zu finden gewohnt war, so dass die Herausgeber mit Recht dem Verleger für sein weitgehendes Entgegenkommen bei der Ausstattung dieses Buches danken dürfen. S. bespricht in eingehender und klarer Weise die Schädelhöhle, das Gehirn und die Meningen, um zum Schluss die practisch wichtige Lagerung des Gehirns in der Schädelhöhle abzuhandeln. Dieses Kapitel enthält im Ganzen 20 farbige, eine schwarzweisse Tafel und eine ebensolche Figur.

Es folgt dann die topographische Anatomie der Augenhöhle, welche 9 farbige Tafeln, auf denen sich 14 Abbildungen finden, illustriren.

Wenn ich hier einen Wunsch ausdrücken darf, so ist es der, dass auch bei der anatomischen Abhandlung noch in reicherem Maasse, als es geschehen ist, auf die practisch chirurgische Thätigkeit Rücksicht genommen wird.

Den Schluss des Heftes bildet die Topographie der äusseren Oberfläche des Kopfes, besonders des Gesichts und seiner tieferen Theile, denen 8 Tafeln zur Verfügung stehen. A. Rosenberg.

---

b) American Laryngological Association.

XXXII. Jahresversammlung; Washington, 3. bis 5. Mai 1910.

Vorsitzender: James E. Logan (Kansas City).

Charles P. Grayson (Philadelphia): Die nasalen Symptome der Neurasthenie.

Die nasale Neurasthenie ist vom Heufieber zu trennen: die Ursachen für jene sind peripherer, für diese centraler Natur. Bei der nasalen Neurasthenie ist oft eine ausgesprochene Gefässparese und Schwellung der Muscheln vorhanden; diese kann die Ursache sein für Kopfschmerzen, geistige Apathie, ja sogar Melancholie. In solchen Fällen würde eine blosse Cauterisation ungenügend sein. Es sollten zuerst die Muscheln durch multiple Stichelungen oder Einschnitte von dem in ihnen angesammelten Serum befreit und dann erst mit Caustik oder Chromsäure geätzt werden. Innerlich sollten Tonica, wie Calc. glycerophosphor. in Verbindung mit reichlichen Dosen Strychnin gegeben werden.

B. R. Shurly (Detroit): Die Trockenheit in den oberen Luftwegen, über die Neurastheniker oft klagen, werden bisweilen prompt beeinflusst durch Schafschilddrüsen. Auch die Anwendung von Jod erwies sich oft von Nutzen.

J. Payson Clark (Boston): Niemand ist berechtigt, die Diagnose auf Neurasthenie allein auf nasale Symptome hinzustellen. Je weiter wir in unseren Kenntnissen schreiten, desto mehr Fälle können wir aus der Kategorie der Neurasthenie ausscheiden. In einigen Fällen fanden sich in beiden Highmorshöhlen schleimige Massen, die mit einem Male herauskamen, worauf der Patient völlig von den lokalen Symptomen, die sein Allgemeinbefinden beeinflusst hatten, befreit war.

H. L. Swain (New Haven) meint, dass bei einigen Neurasthenikern in der Schleimhaut anatomische Abweichungen oder physikalische Eigentümlichkeiten

vorhanden sind, die von denen normaler Individuen abweichen. Sie haben weniger feste Gefässwandungen im Verein mit hyperästhetischen Nervenendigungen.

J. Gordon Wilson (Chicago): Einige Punkte in der vergleichenden Anatomie des Kehlkopfs bei den Anthropoiden.

Die Studie basirt auf Untersuchungen an einem Chinesen, Orang-Utang, einigen Macacus und einem Seidenaffen. Sie wurden verglichen mit dem Kehlkopf des Kaukasiers, eines jungen Löwen und einiger Haustiere.

Bei dem Chinesen waren die charakteristischen Merkmale: 1. eine Tasche hinter den Aryknorpeln und 2. ein vorderer Sinus, beides Characteristica der Affen. Bei dem Orang-Utang sind die hervorstechendsten Merkmale am Ventrikel und seinem Appendix: 1. ihre Vereinigung in der Mittellinie nach vorne zu, 2. der taschenartige Hohlraum hinter den Aryknorpeln, 3. die extralaryngealen Luftsäcke. Bei dem Macacus Rhesus war der Boden des Ventrikels fast im gleichen Niveau mit dem Rande des Stimmbandes. Nach vorn zu näherten sich wahres und falsches Stimmband in der Mittellinie; es existirte kein Canal oder Sulcus wie beim Orang-Utang. Andererseits waren die Stimmbänder jederseits durch eine verticale mediane Furche, die nach oben in den medianen Sack überging, getrennt. Beim Seidenaffen war die Oeffnung zwischen Stimmband und Taschenband nur ein Schlitz. Nach vorn kam der Ventrikel bis zu $^1/_2$ mm von der Mittellinie; es war kein transversaler Sulcus vorhanden. Beim Macacus Rhesus wurden sie durch eine lange mediale Furche getrennt. Im oberen Theil der Medialrinne war eine ausgesprochene Einsenkung, so dass man glaubte, hier sei eine Oeffnung in einem medialen Sack; doch konnte ein solcher nicht gefunden werden. Eine von dem Ventrikel nach oben in den Appendix geführte Sonde gelangte in einen kleinen Hohlraum im Zungenbein nahe der Mittellinie.

Wilson erörtert ferner die Beziehung des M. thyreo-arytaenoideus zum Stimmband und demonstrirt darauf bezügliche Präparate; ferner bespricht er die verschiedenen Theorien über die Function der Luftsäcke. W. meint, dass die Thiere durch den Luftsack Töne erzeugen können, die eine besondere Erregung ausdrücken. Am ausgesprochensten ist das in der Brunstzeit. Weiter erörtert Redner die verschiedene Grösse des Appendix in Beziehung zur Laryngocele und die lateralen Luftsäcke beim Menschen: Laryngocele ist eine Erweiterung des Appendix, die über die normalen Grenzen dieser Ausstülpung sich erstreckt z. B. in den Sinus piriformis oder über das Zungenbein in die Fossa glosso-epiglottica. Der extralaryngeale Luftsack ist eine Erweiterung des Appendix, die sich durch die Membrana thyreoida und die Thyreoidmuskeln lateral erstreckt und unter dem Platysma liegt. Im Allgemeinen lassen sich die Ausstülpungen des Appendix registriren als Hernien, entstanden durch angeborene oder erworbene Schwäche der Membrana hyo-thyreoidea und die nachträgliche Dilatation durch die Athmung.

Vergleichende Studien über den M. thyreo-arytaenoideus zeigen, dass bei den verschiedenen Thierklassen seine Entwickelung allmählich zunimmt und er allmählich nähere Beziehungen zum Ligament. vocale bekommt. Es entsteht so ein immer feiner werdender Mechanismus für den Stimmapparat.

George E. Shambaugh (Chicago): Demonstration anatomischer Präparate, die den Zusammenhang der die Dura, die Orbita und die Nasenhöhlen versorgenden Blutgefässe zeigen.

Um den Zusammenhang zwischen den Blutgefässen der Nebenhöhlen, der Dura und Orbita zu zeigen, sind mikroskopische Schnitte erforderlich.

J. L. Goodale (Boston): Die Symptome der recurrirenden Influenza der Nase und des Halses.

In den letzten Jahren hat G. eine Anzahl Fälle beobachtet, charakterisirt durch eine primäre Erkrankung des lymphatischen Gewebes im Rachen und Nasenrachen mit unmittelbarer Ausbreitung der entzündlichen Erscheinungen auf die Nebenhöhlen, die Trachea und Bronchien mit gleichzeitigem Nachlassen der Entzündung in dem lymphatischen Gewebe. Von Wichtigkeit ist die Thatsache, dass das Siebbein befallen wird sowie eine bestimmte Region der Bronchien auf der betreffenden Seite. G. ist es niemals gelungen, einen solchen Anfall zu coupiren. Application von Argentum auf die entzündeten Granula im Pharynx kürzt vielleicht die Dauer der Symptome ab, das Auftreten der Erscheinungen von Seiten der Nebenhöhlen und der Bronchien wird dadurch jedoch nicht verhindert, sondern sie kommen regelmässig zum Ausbruch.

W. E. Casselberry (Chicago) hat gute Resultate gesehen von der Cauterisation eines Follikels im Pharynx oder einer Gruppe von solchen.

J. E. Logan (Cansas City) ist geneigt, die Pharynxrecessus als Eintrittspforte für die Infection in diesen Fällen anzusehen. Die Application einer 30proz. Argentumlösung hat sich als sehr wirksam erwiesen.

Goodale bevorzugt nach Erfahrungen an sich selbst rohe Carbolsäure als Aetzmittel vor dem Argentum. Es ist schwierig, die Arzneimittel ordentlich in den Nasenrachen zu bringen; die Arzneimittelträger, die dazu verwendet werden, müssten viel länger sein, als sie gewöhnlich sind.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Chinin und salzsaurer Harnstoff als locales Anaestheticum.

Ingals combinirt 15 proc. Urea-Chininlösung mit einer 5proc. Lösung von Suprarenin (1 : 2000). Diese Lösung hat er auch in Verbindung mit Aetheranästhesie bei bronchoskopischen Fremdkörperextractionen bei Kindern gebraucht; ferner bei Siebbeinoperationen, bei Conchotomien, Polypenextractionen und submucösen Resectionen. Die Wirkung schien ihm besser als die einer 20proc. Cocainlösung mit Adrenalin 1:1000. Bei Nasenneuralgie und in einem Fall von Rhinitis hyperaesthetica schien es nicht günstig zu wirken, da es sehr heftig brannte. Gewöhnlich kann von einer normalen Nase eine 10proc. Lösung vertragen werden; zu 5 pCt. mit Milchzucker verrieben, konnte es als Schnupfpulver angewendet werden. Als Anaestheticum ist das Mittel sehr werthvoll, bei Heufieber und hyperästhetischer Rhinitis dagegen ist nicht viel von ihm zu erwarten.

J. Solis-Cohen (Philadelphia) hat das Mittel im Larynx und Nasenrachenraum als ein wirksames Anaestheticum gefunden.

B. R. Shurley (Detroit) hat das Mittel bei Tonsillectomie gebraucht, nach der Injection trat jedoch eine erhebliche Schwellung auf. Auch ist ihm bekannt, dass seine Anwendung Larynxödem im Gefolge hatte.

J. E. Winslow (Baltimore) hat mehrere Monate lang alle Tonsillectomien mit diesem Anaestheticum gemacht. Man macht am besten eine Injection einer 3 bis 5 proc. Lösung 15 bis 20 Minuten vor der Operation. Er hat niemals schlechte Resultate gehabt, obwohl bisweilen erhebliche Schwellung auftrat.

Solis-Cohen hat in einem Fall von schwerer Larynxphthise mit Dysphagie nach Anwendung des Mittels 2 bis 3 Tage lang Aufhören der Schmerzen beobachtet. Die Anästhesie trat in 2 bis 3 Minuten ein.

Greenfield Sluder (St. Louis): Symptomenbild der Neurose des Ganglion spheno-palatinum.

Die anatomischen Verbindungen des Ganglions geben Anlass zu motorischen, sensorischen, sympathischen und gustatorischen Erscheinungen. Die sensorischen treten in Form einer Neuralgie auf, die am Nasendach, in und am Auge, am Warzenfortsatz erscheinen, zum Schulterblatt und in schweren Anfällen zur Axilla, den Armen und Fingern sich erstrecken kann. Es besteht gleichzeitig Anästhesie des Gaumensegels und des Pharynx so weit nach unten, als die Tonsille reicht, möglicherweise in der unteren und vorderen Partie der Nase. Oft steht das Gaumengewölbe auf der erkrankten Seite tiefer, die Uvula ist an der erkrankten Seite abgerundet. Die Geschmacksempfindung war auf der erkrankten Seite herabgesetzt für süsse, bittere und salzige Stoffe, wenn sie auf das mittlere Drittel der Zunge gebracht wurden. In drei Fällen bestand heftiges Niesen mit profuser wässriger Secretion. Cocainanwendung in der Nase hatte vorübergehenden, bisweilen auch dauernden Erfolg. Bei länger dauernden Fällen erwiesen sich Injectionen von Alkohol in das Ganglion von Werth. In den meisten Fällen waren drei Injectionen nothwendig. Die Injectionen sollen neben das Foramen spheno-palatinum gemacht werden.

Mosher (Boston) hat in Fällen von vasomotorischer Störung und von Asthma durch Cauterisation den Erfolg gehabt, dass eine seit 3 Jahren bestehende Rhinitis vasomotoria 1 Jahr lang gebessert wurde, 3 Asthmafälle für 1 Woche resp. 2 und 3 Monate sistirten.

Gordon Wilson (Chicago) hält die von Sluder vorgebrachten Phänomene der Geschmacksempfindung für schwer vereinbar mit unseren Kenntnissen vom Verlauf der Nervenfasern.

Harris P. Mosher (Boston) demonstrirt die Instrumente für die directe Intubation des Kehlkopfes.

W. H. Simpson (New York) hält die Methode der alten indirecten Kehlkopfintubation nicht für überlegen.

J. P. Clark (Boston) hat die Methode bei einem Kind mit diphtherischer Stenose versucht und hält sie für sehr nützlich.

H. P. Mosher: Exostosen der Nebenhöhlen.

Die Präparate des Redners zeigen Exostosen gleich häufig in der Stirn- und

Keilbeinhöhle. Sie präsentiren sich entweder in Form höckriger Stellen oder als einzelne knopfförmige Vorsprünge; im ersten Fall handelt es sich um Periostitiden, im letzteren um wirkliche Exostosen. In der Keilbeinhöhle handelt es sich meist um nadelförmige Auswüchse. M. hat Exostosen an allen Wänden der Stirnhöhle gesehen, nur nicht an ihrem Boden. M. nimmt an, dass vielleicht circumscripte Blutungen in der Sinusschleimhaut, entstanden infolge Luftverdünnung in der Höhle durch entzündlichen Verschluss des Ausführungsganges, Organisation und Verkalkung des hämorrhagischen Herdes, Anlass zu der Exostosenbildung gebe.

Ballenger (Chicago): Radicaloperation der Oberkieferhöhle.

B. giebt die Beschreibung einer Methode, die im Wesentlichen der von Canfield und Sturmann beschriebenen entspricht. Er rühmt an ihr, dass sie dasselbe erreicht, wie die Denker'sche Operation, aber conservativer und in kurzer Zeit unter Localanästhesie auszuführen sei.

Brysan Delavan (New York): Der Einfluss des Automobils auf die oberen Luftwege.

D. bespricht die schädlichen Einflüsse, die häufige Benutzung des Automobils auf die Schleimhaut der oberen Luftwege haben kann, und die hauptsächlich bestehen in plötzlichem Temperaturwechsel, gesteigertem Luftdruck und Staub. Bei acuten katarrhalischen Zuständen soll das Automobilfahren unterlassen werden.

B. R. Shurly (Detroit) macht auf einen neuen Beruf aufmerksam, die „Automobilprober", die täglich mehrere Stunden lang in raschem Tempo fahren. Viele von ihnen halten während des schnellen Fahrens den Mund offen; es entwickelt sich so ein sogenanntes „Automobilgesicht".

Norval H. Pierce (Chicago): Der intranasale Weg zur Operation von Hypophysisgeschwülsten.

P. berichtet über einen Fall. Patient litt an Diplopie, allmählicher Erblindung, Kopfschmerzen. Man vermuthete einen Tumor der Keilbeinhöhle. Fortnahme der mittleren Muschel, der vorderen Keilbeinhöhlenwand und Exploration der Siebbeinzellen ergab nichts. Jedoch trat für zwei Wochen ein Nachlassen der Schmerzen auf. P. hat nun unter Localanästhesie die mittleren Muscheln, das Septum, die Wand beider Keilbeinhöhlen und das Septum zwischen beiden entfernt. Er beabsichtigt, in einer zweiten Sitzung unter localer oder allgemeiner Anästhesie die obere Wand der Keilbeinhöhle zu entfernen und eine Probepunction des Tumors zu machen. Ist es eine Cyste, so will er drainiren, ist es ein solider Tumor, ihn mit der Curette entfernen.

I. N. Mackenzie macht darauf aufmerksam, dass Dr. West diese Operation am Cadaver ausgeführt und publicirt hat.

R. C. Myles (New York) hat drei Fälle von Hypophysistumoren gesehen, die in die Keilbeinhöhle gewachsen waren und wo es nöthig war, das Septum zu entfernen.

In zwei Fällen wurde ein Weg zur Keilbeinhöhle dadurch geschaffen, dass

auf der einen Seite das Nasenbein vom Stirnbein losgebrochen und nach hinten gegangen wurde. Die Hypophysis konnte leicht zu Gesicht gebracht werden.

Pierce: Diagnose der Zahncysten des Antrum.

Diese Cysten werden in follikuläre und periosteale unterschieden. Die ersteren beruhen auf einer Entwickelungsstörung, in Folge deren es zu einer Degeneration des Zahnsackes kommt. Sie sind klinisch dadurch charakterisirt, dass der Zahn, zu dem der Sack gehörte, bei der Dentition fehlt, es sei denn, dass es sich um einen überzähligen Zahn handelte. Diese Form ist äusserst selten. Die andere Form entsteht infolge einer Periodontitis an der Wurzelspitze eines völlig entwickelten Zahnes. Mikroorganismen bekommen von der erkrankten Pulpa Zutritt zu dem Peridont durch den Wurzelcanal. Es entsteht eine kleine Cyste an der Spitze der Wurzel, welche oft bei der Extraction mit entfernt wird. Der Sack besteht aus Bindegewebe, mit Epithel ausgekleidet; der Inhalt der Cyste variirt, je nachdem Infection vorhanden ist oder fehlt. Diese Cysten können wachsen, bis sie die Antrumwand durchbrechen. Mittheilung zweier Fälle.

Lewis A. Coffin (New York): Fälle von Augenerkrankungen als Folge von Nasen- und Nebenhöhlenaffectionen.

C. demonstrirt eine Anzahl von Röntgenplatten und Tafeln, die die Gesichtsfeldeinschränkungen für Weiss und Farbig illustriren. Unter die verschiedenen Erscheinungen seitens des Auges, die durch Nasenkrankheiten bedingt seien, zählt C. auch concentrische Gesichtsfeldeinengungen besonders für Roth.

F. J. Parker (New York), der in den Coffin'schen Fällen die Augenuntersuchungen gemacht hat, meint, dass manche von den Fällen von Opticusatrophie, bei denen man keine Ursachen findet und Jod zu geben pflegt, auf Erkrankungen der Keilbeinhöhle resp. des Siebbeins beruhen. In einigen der Coffin'schen Fälle bestand keine Sinusitis, sondern Muschelschwellung; diese waren in zwei Kategorien zu theilen: solche, die auf Circulationsstörungen im Auge beruhten, und solche, bei denen es sich um Perineuritis mit beginnender Atrophie handelte. Diese Fälle zeigten zuerst Gesichtsfeldeinschränkungen.

Greenfield Sluder hat einen Knaben gesehen, der an Kopfschmerzen litt und plötzlich erblindete. Die Region zwischen mittlerer und oberer Muschel war geröthet und ödematös. Er brachte diese Region mittels Adrenalin zum Abschwellen; am nächsten Morgen wurde durch den Mund ein Theelöffel Eiter mit Blut entleert und der Knabe konnte wieder sehen.

Crosby Greene: Einpflanzung von Rippenknorpel in die Nase in einem Fall von Deformität der Nase.

Es handelte sich um einen jungen Mann mit traumatischer Sattelnase, die seit 8 Jahren datirte, nach dem Trauma war ein Septumabscess entstanden. Es wurde, während durch eine schräge Incision oberhalb der achten und neunten Rippe ein Stück des Rippenknorpels freigelegt wurde, gleichzeitig die Implantation in der Nase vorbereitet: Es wurde eine verticale Incision durch die Septumschleimhaut auf der linken Seite unmittelbar hinter der Verbindung zwischen knorpeligem und häutigem Septum gemacht. Nachdem von dieser Incision aus zwei Schichten

des membranösen Septums vorn und hinten scharf durchtrennt waren, wurde der so geschaffene Raum mittels eines scharfen Raspatoriums nach hinten und oben zu bis über die Nasenbeine erweitert und Haut und Weichtheile von diesen abgelöst. In diesen Raum wurde ein Stückchen sterilisirtes Leder hineingebracht, um Grösse und Form des zu resecirenden Knorpelstückes abzupassen. Dieses wurde dann implantirt, die Wunde mittels einer Catgutnaht geschlossen.

J. M. Ingersoll: Syphilitische Stenose des Oropharynx.

Es handelte sich um einen jungen Mann, der vor 2 Jahren sich inficirte. Es bestand jetzt Schwierigkeit beim Schlucken: Flüssigkeiten regurgitirten durch die Nase, feste Speisen konnten nicht gegessen werden. Die seitlichen und die hintere Pharynxwand war durch Narbengewebe mit der Zunge verwachsen. Im Centrum dieses Narbengewebes befand sich eine $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltende Oeffnung. Die Athmung war erschwert und Patient sehr abgemagert. Es wurde eine ausgiebige Incision jederseits auf die seitliche Pharynxwand gemacht und dadurch der Kehlkopf zu Gesicht gebracht. Alle unterhalb der Zunge gelegenen Theile erwiesen sich als völlig normal. Nach einem Monat anhaltenden Wohlbefindens begann die Narbenbildung von neuem, es wurde wieder incidirt und mehrere Male täglich ein Gummibougie eingeführt. Nach 5 Monaten, während deren er nicht bougirt hatte, kam er wieder, wurde wieder incidirt und ihm nun Metallbougies zum Einführen gegeben.

Alexander N. Mac Coy (Philadelphia): Beobachtungen über die verschiedenen Keime in den Wunden nach Tonsillaroperationen.

Die Schlussfolgerung, die Redner aus seinen Untersuchungen zieht, ist, dass keine Mikroorganismenart in den Pseudomembranen die vorherrschende ist, dass in allen Fällen Mundbakterien in wechselnden Mengen gefunden werden, die Kokken am meisten vorkommen und dass die Culturen am öftesten Streptokokken und Staphylokokken ergaben.

Clement F. Theisen (Albany): Lymphosarkom des Nasenrachens und der Tonsillen nebst den Resultaten chirurgischer und medicamentöser Behandlung.

Bericht über drei Fälle: I. 14jähriger Knabe, radical operirt und dann mit Arsen behandelt. Es trat vorübergehende Besserung ein, jedoch erfolgte vor Kurzem der Exitus. II. 48jähriger Mann. Der Tumor wurde von der linken Tonsille unter Cocainanästhesie entfernt, es trat aber ein Recidiv im Larynx auf, während die ursprüngliche Stelle frei blieb. Unter Arsen scheint der Zustand stationär zu bleiben und Pat. befindet sich zur Zeit wohl. III. 32jähriger Mann mit einer anscheinend auf die rechte Tonsille beschränkten Geschwulst, die völlig ausgeschält wurde; später Arsenbehandlung. Bisher ist der Erfolg gut.

Discussion über Vaccinetherapie (Gemeinsame Sitzung mit der American Otological Society und der American Climatological Society).

Birkett: Obwohl die Vaccinetherapie bei Nebenhöhlenerkrankungen eine werthvolle Beihülfe gewährt, ist die Schaffung einer freien Drainage doch die

Hauptsache. Fälle von Sinusitis, die eine Tendenz dazu zeigen, chronisch zu werden, sollten sorgfältig mit homogenen Vaccinen behandelt werden.

Coakley: Die Bakterienflora bei Sinuserkrankungen besteht aus folgenden Mikroorganismen: Streptococcus pyogenes, Micrococcus albus und aureus; Staphylococcus pyogenes aureus und albus; Bacillus mucosus capsulatus. Der opsonische Index ist ungeeignet sowohl für die klinische Diagnose wie als Kriterium für die weitere Behandlung. Vaccinationen in verschiedener Stärke haben keine Veränderungen in dem opsonischen Index im Gefolge. Die therapeutischen Erfolge waren in seinen Fällen werthlos. In einigen Fällen trat nach der ersten oder zweiten Injection einige Besserung ein, jedoch kehrten später die Absonderung und die übrigen Symptome wieder.

Cobb hat zwar bei chronischen Ohrerkrankungen gute Resultate gehabt, aber nicht so bei Nebenhöhlenaffectionen. In einer Serie von Fällen von Rhinitis atrophicans jedoch waren die Erfolge besser. Es wurde ein Bacillus, von dem C. keine Beschreibung finden konnte, in einer Serie von Fällen jedes Mal in Reincultur gefunden. Von diesem wurde eine Vaccine bereitet und Injectionen von 150 bis 500 Millionen gemacht. Es trat eine wesentliche Besserung in Bezug auf Foetor, Borkenbildung und Absonderung ein, jedoch keine absolute Heilung. Ebenso wurde bei Nebenhöhlenerkrankungen Besserung, aber keine Heilung erzielt.

Cassselberry (Chicago) spricht von den Resultaten der Tuberculinbehandlung bei Larynxerkrankungen; C. hat gute Wirkungen Wochen und Monate später auftreten sehen. Er hat an anderer Stelle berichtet, dass 40 pCt. der Fälle unter Tuberculinbehandlung zum Stillstand gekommen sind.

Emil Mayer (New York): Oesophagusdivertikel.

M. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Untersuchungen sollen in planmässiger Weise vorgenommen und das Oesophagoskop wegen der Gefahr eines möglicherweise vorhandenen Aortenaneurysmas erst zuletzt angewandt werden. 2. Bei der Röntgenuntersuchung kann die Einführung eines dünnen mit Schrot gefüllten Rohres das Bismut ersetzen. 3. Oesophagusdivertikel sind leicht zu diagnosticiren. 4. Die moderne Chirurgie gestaltet den Zustand für die Patienten hoffnungsvoll.

Chevalier Jackson hält das Einführen eines Bougies für gefährlicher, als eine geschickt vorgenommene Oesophagoskopie.

J. Gordon Wilson (Chicago) demonstrirt ein Präparat eines Divertikels von einem 20 Monate alten Löwen.

Mayer betont im Schlusswort, dass es nothwendig sei, bei der Anwendung der Bougie grösste Vorsicht anzuwenden.

Casselberry (Chicago): Durchschneidung einer im linken Bronchus festgeklemmten grossen Stahlfeder und deren Entfernung mittels unterer Bronchoskopie.

Der Fall betrifft ein 15 Jahre altes Mädchen. Der Fremdkörper sass 10 Wochen lang im linken Bronchus und war durch keines der gebräuchlichen Instrumente zu entfernen. C. hat ein schnabelförmiges scheerenartiges Instrument angegeben,

durch welches bewirkt wird, dass nach dem Entzweischneiden des Fremdkörpers das kleinere Stück nicht herabfällt, sondern festgehalten wird. Das grössere Stück wurde leicht mit einer Jackson'schen Zange entfernt.

Emil Mayer (New York) berichtet über einen Fall, wo die Röntgenaufnahme einen Nagel im Bronchus eines Kindes zeigte, der Fremdkörper aber so in Granulationen eingebettet war, dass es unmöglich war, ihn zu sehen oder zu fühlen. Der Fremdkörper blieb im Bronchus; das Kind aber befindet sich durchaus wohl.

C. G. Coakley (New York City) berichtet über einen Fall aus seiner Praxis, in dem es weder ihm selbst noch Jackson gelang, eine Feder aus dem Bronchus zu extrahiren. In 6 Monaten entwickelte sich ein Lungenabscess mit Pneumonie und Pat. ging zu Grunde.

Ch. W. Richardson (Washington): Epitheliom des linken Stimmbandes.

Es wurde die Thyreotomie gemacht, die Geschwulst subperichondral entfernt, Pat. befindet sich nach 13 Monaten noch wohl.

Solis Cohen macht darauf aufmerksam, dass er seines Wissens zuerst die subperichondrale Methode angewandt hat. Auf den entblössten Knorpel applicirt er salpetersaures Quecksilber, um eventuelle Reste des malignen Tumors zu vernichten.

Berens (New York) hat bei einem Mann die vorderen zwei Drittel des Stimmbandes entfernt und fand, dass es Carcinom war. Nach Vornahme der Laryngofissur fand er das Perichondrium über der Mitte des Taschenbandes adhärent und entfernte auf dieser Seite den Knorpel. Nach drei Tagen konnte die Tracheotomiecanüle entfernt werden. Dem Pat. geht es gut.

H. L. Swain (New Haven) verfügt über einen vor 3 Jahren operirten Fall. Der Patient hat eine laute klare Stimme. Es hat sich an Stelle des exstirpirten Stimmbandes ein Narbenband gebildet.

Emil Mayer hat vor 2 Jahren einen Fall in Behandlung gehabt, der klinisch alle Anzeichen des Carcinoms bot, aber unter Jod heilte.

Bryson Delavan (New York) macht auf das Versagen der mikroskopischen Untersuchung von zur Probe excidirten Stücken aufmerksam. Jedenfalls soll man sich der Einwilligung des Pat. versichern, im Fall etwas Bösartiges gefunden wird, eine Radicaloperation vornehmen zu dürfen.

Harmon Smith (New York): Ein Fall von Kehlkopfsyphilis.

Der Fall illustrirt die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose.

C. G. Coakley (New York): Suffocationstod infolge Druck einer tuberculösen Mediastinaldrüse auf die Trachea.

Es handelte sich um ein 3jähriges Mädchen. Die Autopsie ergab unter der Trachealschleimhaut von unten her eine $2^1/_2$ cm lange eiförmige Masse, die das Lumen völlig verlegte. Es fanden sich ein tuberculöser Herd in der linken Lungenspitze und tuberculöse Peritonealdrüsen.

Bryson Delavan hat einen ähnlichen Fall erlebt.

Chevalier Jackson hat in einem Fall mit dem Bronchoskop constatiren können, dass die Bronchien mit käsigen Massen erfüllt waren. Das Kind lebte nur noch ein paar Stunden hinterher. Es handelte sich um einen Durchbruch tuberculöser Lymphdrüsen.

Fletcher Ingals berichtet über einen Fall, wo ein Kind, das wegen angeblichen Fremdkörpers in den Bronchien zu ihm geschickt wurde, vor Vornahme der Bronchoskopie auf dem Operationstisch starb, nachdem es anästhesirt worden war. Es ergab sich das Vorhandensein eines grossen Thymus.

Solis Cohen hat in Fällen von Thymushyperplasie gesehen, dass die Dyspnoe unmittelbar nachliess, wenn eine Incision durch die Drüse gemacht wurde.

Coakley antwortet auf eine Frage Solis-Cohen's, dass in seinem Fall die Dyspnoe sowohl inspiratorisch wie exspiratorisch war.

Francis R. Packard: Recidivirende Kehlkopfpapillome während 30 Jahre, während welcher Zeit zweimal die Thyreotomie gemacht wurde.

P. hebt hervor, dass trotz des langen Bestehens und der wiederholten Eingriffe die Geschwülste keine Tendenz zu einer malignen Umwandlung zeigten.

Samuel Johnston (Baltimore) hat in einem Fall Erfolg mit Chlorzink erzielt.

Bryson Delavan hat seit 3 Monaten einen Fall in Behandlung, in dem nach der Laryngofissur Radium angewandt wird; bisher ist kein Recidiv erfolgt.

W. E. Casselberry rät, die Basis mit dem Galvanokauter zu zerstören.

W. K. Simpson (New York) ist sehr zufrieden mit der Milchsäure.

R. C. Myles räth, die Tracheotomie zu machen und den Kehlkopf in Ruhe zu lassen.

Charles H. Knight (New York): Schwarze Haarzunge.

Anschliessend an einen selbst beobachteten Fall erörtert K. die verschiedenen Theorien über diese Affection.

J. Price Brown (Toronto): Ergänzender Bericht über maligne Tumoren der oberen Luftwege.

Es handelt sich um 3 Fälle von Nasensarkom, über die im vorigen Jahr berichtet wurde. In 2 Fällen trat Recidiv an der mittleren Muschel und im oberen Theil der hinteren Nase ein. B. hat wieder die elektrocaustische Methode angewandt. Die Patienten sind noch in Behandlung.

Zum Präsidenten für das nächste Jahr wird Braden Kyle (Philadelphia) gewählt.

---

c) Laryngo-otologische Gesellschaft in München.

57. Sitzung vom 31. October 1910.

Vorsitzender: Hecht.

Scheibe: Tumorförmige Tuberculose des Siebbeins.

Patientin mit normalem Lungenbefund und gutem Ernährungszustande hat eine weite in das linke Siebbein führende Fistel, in deren Tiefe man Sequester und nekrotische Massen sieht. Links Probeincision bei Operation von anderer Seite ergab: wahrscheinlich Lues. Das histologische Bild kleiner Excrescenzen an der mittleren Muschel — das Naseninnere war sonst normal — wurde von pathologisch-anatomischer Seite als Carcinom gedeutet, von anderer Seite wurde Carcinom ausgeschlossen und die Diagnose offen gelassen. Gewichtszunahme um 5 Pfund. Im nächsten Jahre wurde die andere Nasenseite befallen. Die Operation deckte ausgedehnte graue Tumormassen in beiden Siebbeinen mit Sequestration beider Nasenbeine auf. Auf der Schädelbasis lag Dura bloss. Das histologische Bild war das der Tuberculose. Abheilung bis zur Dauer von 2 Jahren. Später Recidive.

Hecht demonstrirt sodann einen 18jährigen jungen Mann mit hereditärer Lues, der erst seit wenigen Wochen in seiner Behandlung steht. Patient ist auf beiden Ohren schon lange taub; die Nase bildet — unter Fehlen des knorpeligen und knöchernen Septums und des grössten Theiles der Muscheln — eine grosse mit glatter Schleimhaut ausgekleidete Höhle, in der zahlreiche Siebbeinzellen frei zu Tage liegen. Das Velum zeigt rechts oben von der Uvula eine kleine Perforation und ist etwas höher oben, unter vollständigem Abschluss des Nasenrachenraumes, breit mit der hinteren Rachenwand verwachsen. Patient kann keine Spur Luft in die Nase pressen und athmet mit hörbarem, störendem Lärm ausschliesslich durch den Mund. Patient kam am 22. September 1910 in Behandlung mit dem Ersuchen, auf operativem Wege die Velumverwachsungen beseitigt zu haben, da jetzt seit langer Zeit die stets recidivirenden Ulcerationen im Rachen geheilt seien. Patient zeigte jedoch bereits bei der ersten Untersuchung wieder Recidive, die sich als zahlreiche, breite und tiefe Ulcerationen am Velum und Gaumenbögen manifestirten. Da Patient laut Mittheilung des Hausarztes schon zahlreichen und mannigfachen Hg- und Jodkalibehandlungen unterzogen wurde und die jetzigen Ulcerationen auf Jodkali keine Neigung zur Heilung erkennen liessen, wurde Patienten eine Injection von Ehrlich-Hata 606 (Prof. Kopp) verabreicht, die auf den Rachenprocess einen auffallend günstigen Einfluss zeigte. Unter dauernd normalen Temperaturen waren die Ulcerationen nach ca. 10 Tagen unter Bildung weisslich-sehniger Narben glatt abgeheilt.

R. Hoffmann demonstrirt eine mit Ehrlich-Hata geheilte Patientin, die in der letzten Sitzung mit ausgedehnten tuberculösen Processen im Pharynx und Larynx gezeigt wurde. Der Process begann vor 4 Jahren (so lange steht die Patientin unter unserer Beobachtung) mit weichen Granulomen und flachen Ulcerationen an der Uvula, griff auf beide Gaumenbögen, die rechte Tonsille, die Rückwand des Epi- und Mesopharynx über und wanderte die Plica salpingo-pharyngea

hinab auf die Epiglottis, die Taschenlippen und Stimmlippen. Ausgedehnter Lungenbefund, Tuberkelbacillen im Sputum, Hornhauttrübungen, Residuen von Kniegelenkresection wegen Tuberculose, Wassermann positiv. Klinisch erinnerte das Bild im Rachen in keiner Weise an Lues. Der Process ging trotz ausgedehnter Kauterisationen und Jodkali unaufhaltsam weiter. Die monatelang anhaltenden heftigsten Schluckschmerzen wurden erst durch wiederholte Alkoholinjection in den Nervus laryngeus superior beseitigt. Ehrlich-Hata am 14. October 1910.

Bei der Demonstration sämmtliche Granulome geschwunden. Stimme ganz frei, nur an den Taschenlippen leichte Unebenheiten, und an den Resten der Uvula kleine durchscheinende Prominenzen, die wie Schleimhautcystchen aussehen. H. empfiehlt einen Versuch mit Ehrlich-Hata 606 ausser bei Lues in allen Fällen, wo Arsen mit Erfolg gebraucht wurde, wie bei Aktinomykosen, Tuberculomen, soweit keine zu vorgeschrittenen secundären Veränderungen aufgetreten sind, bei Rundzellensarkomen sowie bei den Papillomen des Larynx, und weist darauf hin, ob nicht die Lues congenita eine prädisponirende Rolle bei manchen Lupusformen spielt.

Die nach der Injection auftretenden Schmerzen wurden durch Application der Heissluftdusche gemildert. H. empfiehlt einen Versuch mit Cycloform (0,1 als Zusatz zur Injectionsflüssigkeit. (Nach 4 Monaten noch recidivfrei.)

58. Sitzung

(gemeinscheinftlich mit dem ärztlichen Verein und der ophthalmologischen Gesellschaft.)

R. Hoffmann: Ueber Localanästhesie in der Rhinolaryngologie. (Erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

---

d) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

(Rhino-laryngolischer Theil.)

Sitzung vom 10. Januar 1910.

De Parrel: Die Complicationen der Adenotomie.

Empfohlen wird die Operation unter Chloräthylnarkose am hängenden Kopf.

Courtade: Kritisch-historische Uebersicht über die klinische Pneumodographie (Rhinometrie).

Der Bericht sucht hauptsächlich die Priorität C.'s auf diesem Gebiete festzustellen. Eine allgemein geübte Rhinometrie datirt erst seit dem Jahre 1902, wo der Autor mit seinen Veröffentlichungen hervorgetreten ist.

Mounier: Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung. Vereinfachung der Methode.

An der Hand eines einzigen Falles empfiehlt M. eine im Allgemeinen der Luc-

Caldwell'schen ähnliche Operation. Er giebt eine eigene Nasenzange an, um die mediale Sinuswand zu durchbohren. Die untere Muschel wird erhalten.

Robert Foy: Ozaena und Wiederherstellung der Nasenathmung.

F. beschreibt seinen Apparat (Revue hebdom. de laryngol. No. 48, 1908), dazu bestimmt comprimirte Luft in die Nase der Ozaenakranken zu treiben. Diese Patienten haben gewöhnlich eine fehlerhafte Nasenathmung und muss diese corrigirt werden. Es verschwinden dann alle subjectiven und objectiven Zeichen der Ozaena. Es wurden 6 Patienten vorgestellt, von denen 5 ganz geheilt sind, ohne jede andere Behandlung.

Robert Leroux: Riesenpolyp der Nasenhöhle.

Sitzung vom 12. Februar 1910.

Castex und Parrel: Aerophagie und Tic des Gaumens.

Der vorgestellte Patient, luetisch inficirt seit 13 Jahren, zeigt einen echten Nystagmus des weichen Gaumens. Gleichzeitig leidet er an Aerophagie.

Guisez: Pansinusitis und Hirnabscess.

Patientin litt an einer Eiterung der Stirn- und Siebbeinhöhle. Der Hirnabscess machte keine Symptome und sass im Stirnhirn.

Guisez: Fremdkörper des Oesophagus durch Oesophagoscopie entfernt.

Es handelt sich um eine Zahnprothese in einem Falle und um eine Fischgräte im zweiten Fall. Die Fischgräte hatte einen Abscess an der Speiseröhrenwand hervorgerufen.

Robert Foy: Ozaena und Athemübungen.

Vorstellung von neun Patienten, die nach seiner Methode geheilt worden sind.

Gaston Poyet: Heilung der tuberculösen Dysphagie mittels Röntgenstrahlen.

Patient wurde percutan mit bestem Erfolg bestrahlt.

Caboche: Ozaena und Tuberculose.

Von den zwei Patienten litt der eine an Lupus der Nase und Ozaena, der andere an Larynxphthise und Ozaena.

Sitzung vom 10. März 1910.

Courtade: Kritisch-historische Uebersicht über die klinische Pneumodographie (Rhinometrie).

Mahu: Herpes zoster im Anschluss an Nasenleiden.

Ein Patient wurde zweizeitig an Septumdeviation und Muschelhypertrophie operirt. Nach jeder Operation zeigte er auf der der Operation entsprechenden Thoraxhälfte einen typischen Herpes zoster.

Castex: Syphilis hereditaria tarda des Larynx.

Die vorgestellten Patienten zeigen gemeinsam die Atrophie der Kehlkopfschleimhaut, zahlreiche Nodositäten am Stimmlippenrand, verkrüppelte Epiglottis.

Sitzung vom 14. April 1910.

Camille Hubert: Neuer Universalgriff für oto-rhino-laryngologische Instrumente.

Sieur: Vorstellung: a) Tumor des Siebbeins (Osteom); b) inoperabler Tumor des Cavums.

Ronvillois: Krankenvorstellung: a) gestielter Tumor des Stimmbandes; b) Tracheotomie in der Reconvalescenz nach Typhus.

Luc: Operation der Stirn-Siebbeinhöhleneiterung unter localer Anästhesie.

Es hat sich allerdings nur um eine Reparation einer schon vor drei Jahren und mit Fistel ausgeheilten complicirten Sinusitis gehandelt.

Courtade: Postoperative Symphyse des Gaumens und Rachens.

Ein 7jähriger Knabe ist dreimal adenotomirt worden. Die postoperative Verwachsung ist wahrscheinlich nach der zweiten Operation aufgetreten.

Sitzung vom 10. Juni 1910.

Nepveu: Ueber die Technik der Phototherapie in der Oto-rhino-laryngologie.

Der Autor beschreibt genau seine Methode und Instrumente (Bogenlampe, Quarzkühler, Quarzlampen u. s. w.). Was die Resultate anbelangt, so sind die besten Resultate bei Behandlung der tuberculösen Kehlkopfentzündung constatirt worden. Ebenso sind gute Resultate bei Parästhesien des Kehlkopfs erreicht worden. Hingegen erwies sich die Ozaena als refractär gegen die Lichtbehandlung.

Mounier: Spätvergiftung mit Bromäthyl (siehe Referate).

Sitzung vom 7. Juli 1910.

Koenig: Behandlung der Sängerknötchen mittels elektrischen Brenners. Neuer geschützter Brenner.

K. empfiehlt ein von ihm construirtes Modell, das nur einen seitlichen glühenden Punkt freilässt und bequem gestattet, auf das Knötchen einzustellen, ohne das Stimmband zu verletzen.

Robert Foy: Ozaena und Athemübungen.

Vorstellung von geheilten Fällen.

Fournié: Thyreotomie bei einem auf das linke Stimmband localisirten Krebs. Fulguration.

Seit einem Jahre operirt, zeigt der 71jährige Patient kein Recidiv.

Mahu: Vier Fälle von chronischer Kieferhöhleneiterung auf nasalem Wege geheilt.

M. hat einen eigenen Troikart zur Durchbohrung der medialen Sinuswand angegeben. Er nimmt die Hälfte der unteren Muschel weg; die Patienten zeigen keine Krustenbildung. 4 Fälle werden geheilt vorgestellt.

Sitzung vom 10. November 1910.

Nepveu: Ueber die maxillaren Choanalpolypen (siehe Referate).

G. Laurens: Pseudomeningitis. Ein Fall von Actinobacillosis humana.

G. Poyet: Extraction einer Brosche aus dem Kehlkopf eines Säuglings.

P. Laurens: Technik der Leitungsanästhesie bei Mandelope-rationen.

Die ganze Oberfläche der Gaumenmandel, der vordere Gaumenbogen und die Zungenmandelbucht wird mit einer 10proc. Cocainlösung bepinselt. Hierauf wird mit einer (von Simal) modificirten Kehlkopfspritze eine 2proc. Cocainlösung in die Mandelkrypten eingespritzt. Endlich wird mit derselben Spritze nur mit einer Pravaznadel versehen eine 1proc. Cocainlösung eingespritzt: 1. in die vordere Wand des Gaumenbogens, 2. in den oberen Pol der Mandel, 3. in das Centrum der Mandel. Man verwendet für jeden Einstich 1—3 ccm der Lösung.

G. A. Weill: Dauercanüle zur Spülung der Kieferhöhle.

G. Laurens: Mucocele, ein Recidiv der Stirnhöhleneiterung vortäuschend.

Patient blieb 3 Jahre nach einer doppelseitigen Eröffnung der Stirnhöhlen geheilt. Plötzlich stellen sich links Retentionserscheinungen ein. Bei der Operation findet Laurens eine wohlausgebildete Mucocele von Haselnussgrösse.

Sitzung vom 8. December 1910.

Castex: Krankenvorstellung: a) 26 Patienten mit hysterischem Stridor inspiratorius. Beide Stimmbänder sind dicht genähert und können nicht aneinandergebracht werden. b) Patient mit einem krebsähnlichen Geschwür der Epiglottis. In Wirklichkeit handelt es sich um Tuberculose. c) Ulcus durum herpetiforme tonsillae.

Bosviel: Neuer Mandelschlitzer.

Guisez: Radiumbehandlung eines inoperablen Falles von Carcinom der Mandel.

Castex und Parrel: Fibrom des Gaumens.

Lautmann.



III. Briefkasten.

Die Einrichtung der Semon-Lectureship an der Universität London.

Wie unseren Lesern erinnerlich sein wird, wurde Sir Felix Semon bei Gelegenheit seines Rücktrittes von den Laryngologen Grossbritanniens, sowie seinen zahlreichen Freunden und Verehrern aus ärztlichen und Laienkreisen in Anerkennung seiner Verdienste um die Förderung der Laryngologie eine Ehrengabe in Höhe von 1040 Pfund Sterling (20800 Mark) überreicht. Diese Summe ist von Sir Felix Semon der Universität London zur Begründung einer Stiftung für Vorträge auf dem Gebiet der Laryngologie übergeben worden. Der Senat der Universität hat in einer Sitzung vom 17. Mai d. J. diese Stiftung mit Dank angenommen und die Begründung einer Semon-Lectureship beschlossen.

Es ist eine grosse und in seiner englischen Heimath ungemein seltene Ehre, die dem verehrten Begründer und langjährigen Herausgeber dieses Centralblatts mit der Errichtung dieser seinen Namen tragenden Stiftung widerfährt. Durch sie ist sein Andenken für alle Zeit an eine Institution geknüpft, die zur Weiterförderung der Wissenschaft zu dienen bestimmt ist, der sein eigenes Lebenswerk gegolten. Die Ehre der Semon-Lectureship zu verdienen, wird für alle Laryngologen gewiss stets eine hohe Auszeichnung und ein mächtiger Ansporn sein. Mit unserem aufrichtigen Glückwunsch für Sir Felix Semon verbinden wir im Namen unserer Leser den Wunsch, dass er recht lange an den Früchten sich erfreuen möge, die hoffentlich im reichsten Maasse aus dieser Stiftung sich für unsere Wissenschaft ergeben werden.

Aus den Statuten dieser Stiftung heben wir folgende Punkte als die Leser des Centralblatts interessirend hervor:

§ 1. Die hiermit begründete Stiftung soll den Namen „Semon-Vorlesungsstiftung (The Semon Lecture Trust)“ tragen. Sie ist zu Ehren und zur dauernden Erinnerung an Sir Felix Semon errichtet worden.

§ 5. Das jährliche Einkommen der Stiftung soll von der Universität dazu verwendet werden, die Kosten einer Erinnerungsmedaille aus Bronze zu tragen, welche zugleich mit einem Honorar dem jeweiligen Vortragenden überreicht werden soll. Derselbe soll der „Semon-Vortragende in der Laryngologie (The Semon Lecturer in Laryngology)“ genannt werden.

§ 6. Der Semon-Vortragende in der Laryngologie soll von einem Curatorium ernannt werden, das folgendermaassen zusammengesetzt ist:

a) Der jeweilige Principal der Universität London (Vorsitzender).
b) Sir Felix Semon während seiner Lebzeiten.
c) Der jeweilige Präsident der Laryngologischen Section der Königlichen Medicinischen Gesellschaft und einer der früheren Präsidenten der Section, welcher jährlich vom Vorstand der Section zu erwählen ist.
d) Zwei andere Beisitzer, welche jährlich vom Senat der Universität auf Vorschlag des Verwaltungsrathes für höhere medicinische Studien zu ernennen sind.

§ 7. Vorläufig und falls in den weiteren Bestimmungen keine Veränderungen getroffen werden, erfolgt die Anstellung des Vortragenden jährlich und dauert nur ein Jahr.

§ 8. Der Vortragende soll aus der Anzahl derjenigen gewählt werden, welche nach Ansicht des Curatoriums im Laufe der letzten Jahre die Wissenschaft und Praxis der Laryngologie oder Rhinologie vornehmlich in deren Beziehungen zur allgemeinen wissenschaftlichen Medicin gefördert haben, sei dies durch experimentelle („original research") oder durch klinische, anatomische, pathologische oder bakteriologische Arbeiten, oder durch auf die Geschichte der Laryngologie oder Rhinologie bezügliche Forschungen. Die Stiftung ist hauptsächlich zur Ermunterung solcher Thätigkeit unter britischen Laryngologen und Rhinologen bestimmt, doch sind auch ausländische Laryngologen und Rhinologen uud sowohl britische wie ausländische Arbeiter auf dem Felde medicinischer Wissenschaft, welche ihre Praxis nicht auf Laryngologie und Rhinologie beschränken, wählbar.

§ 9. Wenn in einem oder mehreren Jahren das Curatorium es nicht für angemessen halten sollte, einen Vortragenden anzustellen, sei es, weil keine geeignete Persönlichkeit vorhanden ist, oder aus einem anderen triftigen Grunde, so soll es nicht verpflichtet sein, eine solche Anstellung vorzunehmen. (In einem solchen Falle soll das Einkommen der Stiftung durch Zuschlag der betreffenden Zinsen vermehrt werden.)

§ 12. Der Semon-Vortragende in der Laryngologie soll einen oder mehrere Vorträge in der Universität über ein oder mehrere mit der Laryngologie oder Rhinologie zusammenhängende Themata halten. Die Ausdrücke „Laryngologie und Rhinologie" sollen nicht nur diejenigen Zweige der medicinischen Wissenschaft einschliessen, welche gewöhnlich mit diesem Namen bezeichnet werden, nämlich diejenigen, welche sich mit dem Rachen, Kehlkopf, der Nase und ihren Nebenhöhlen und dem Nasenrachenraum befassen, sondern auch diejenigen, welche die Regionen der Bronchien und des Oesophagus betreffen.

Ein weiterer Paragraph verleiht der Universität das Recht, diese Regulationen, wenn sich dies als zweckmässig erweisen sollte, angemessen abzuändern, aber stets unter Aufrechterhaltung der Grundprincipien der Stiftung.

Erste Sitzung der Permanenten Commission für die Internationalen Congresse für Medicin.

Am 21. April d. J. hat zum ersten Male in London, dem Sitz des nächsten Internationalen Congresses, die vor zwei Jahren in Budapest eingesetzte permanente Congresscommission getagt. Zunächst kann constatirt werden, dass die Befürchtungen, die von manchen Seiten gegen diese Institution früher vorgebracht wurden, sich als unbegründet erwiesen und dass der harmonischen Zusammenarbeit der auswärtigen Commissionsmitglieder mit den Leitern des englischen Organisationscomités sich keinerlei Schwierigkeiten entgegenstellten.

Wie aus dem jetzt in unsere Hände gelangten officiellen Bericht hervorgeht, befinden sich unter den angenommenen Vorschlägen eine ganze Reihe, für deren Durchführung das Centralblatt seit Jahren schon wiederholt auf das Lebhafteste eingetreten ist. So ist man darin übereingekommen, bei dem nächsten Congress von der Wahl der Ehrenpräsidenten in den Sectionen, die bei allen früheren Gelegenheiten eine stete Quelle von Eifersüchteleien und Unzufriedenheit abgaben, völlig Abstand zu nehmen. Ebenso wird nur ein Delegirter jeder Regierung als deren officieller Vertreter und als Ehrengast bei allen öffentlichen Gelegenheiten betrachtet werden und es werden die Einladungen zu Delegationen aller möglichen Gesellschaften etc. ganz fortfallen. Dadurch wird eine viel demokratischere Organisation des ganzen Congresses ermöglicht und diejenigen, die keine officielle Mission aufzuweisen haben, werden mehr berücksichtigt werden können, als dies bisher der Fall war. Ferner sollen die Vormittage der Sectionssitzungen ganz vorwiegend allgemeinen Discussionen

gewidmet und private Mittheilungen nur soweit bei diesen Sitzungen entgegengenommen werden, als es die Zeit erlaubt. Die allgemeinen Discussionen sollen von nur zwei Referenten eröffnet werden, deren jedem nur 15 Minuten für seinen Vortrag zugebilligt sind; in der Discussion darf jeder Redner nur 10 Minuten sprechen.

Von besonderer Bedeutung erscheint uns ferner, dass das permanente Comité eine Reihe von Grundsätzen aufgestellt hat für die Beziehungen, die es zu den Internationalen Specialistencongressen zu unterhalten gedenkt. Ob diese Grundsätze von den Organisationscomités der verschiedenen Specialcongresse ohne weiteres acceptirt werden, muss noch als zweifelhaft betrachtet werden. F.

XXIII. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Die diesjährige Versammlung wird vom 29. bis 31. Mai in Philadelphia unter dem Vorsitz von Braden Kyle abgehalten.

Folgende Vorträge sind angemeldet:

E. Fletcher Ingals: Rhinitis vasomotaria und Heufieber.
Charles W. Richardson: Vasomotorische Störungen der oberen Luftwege.
George L. Richards: Persönliche Erfahrungen in der intranasalen Nebenhöhlenbehandlung.
William E. Casselberry: Abgeschwächte Typen der eitrigen Sphenoiditis in Beziehung zum sogenannten Nasenrachenkatarrh, zu Kopfschmerz und zu Asthma.
James E. Newcomb: Fremdkörper im Antrum.
Norval H. Pierce: Nasenrachenfibrome und ihr spontanes Verschwinden.
J. Price Brown: Fall von Spindelzellensarkom des Larynx, behandelt mit Elektrokaustik und Radiumanwendung.
Thomas Hubbard: Oesophagoskopie und Bronchoskopie nach der Killian'schen Methode.
Emil Mayer: Drei ungewöhnliche bronchoskopische Fälle: a) Tumor im Bronchus; b) Trachealstenose; c) Trachealsklerom.
Frederic E. Hopkins: Multiple Fremdkörper in den kleineren Bronchien.
Charles H. Knight: Ein Fall von Nasensarkom mittels endonasaler Operation entfernt. Recidiv 13 Jahre später; Operation von aussen und kein Recidiv nach 4 Jahren.
Richard Frottingham: Interessante Fälle von functioneller Aphonie.
George B. Hope: Kehlkopfpapillom.
Henry L. Wagner: Locale Behandlung der Diphtherie der oberen Luftwege.
Henry L. Swain: Sind die Tonsillen eine Gefahr oder Schutz?
John M. Ingersoll: Die Technik der Tonsillectomie.
Hudson Makuen: Einfluss der Mandeloperation auf weichen Gaumen und Stimme.
Albert C. Getchell: Die Beziehung der Tonsillenvergrösserung zur Endarteritis.
Allen B. Trasher: Primärer Schanker der Tonsille.
Federic E. Hopkins: Secundäre Blutung nach Tonsillectomie.
George B. Wood: Die Wirkung der Cauterisation bei Tuberculösen.
J. Payson Clark: Congenitale Membran des Oesophagus; Bericht über einen Fall.
Clement F. Theisen: Blutseruminjectionen bei spontanen oder postoperativen Blutungen.
Arthur A. Bliss: Bericht über einen Fall von Pistolenwunde der Nase; Röntgenogramm; Entfernung der Kugel.
Marcel Natier: Ozaena und Athmung.
Frederic C. Cobb: Vincent's Angina vom bakteriologischen Standpunkt.

Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Die Jahresversammlung der Gesellschaft findet am 15. bis 17. Juli in Gand statt. Ausser einem otologischen Thema steht als Referat auf der Tagesordnung:

„Die Nasenrachenpolypen“.

Referent ist V. Delsaux.

Gründung einer neuen Fachgesellschaft.

In Barceleona ist eine Sociedad barcelonesa de Oto-rino-laringologia gegründet worden.

Vorsitzender der neuen Gesellschaft ist Luis Suña y Molist, Vicepräsident Ricardo Botcy.

Personalnachrichten.

Prof. Dr. Denker (Halle) hat den Titel als Geheimer Medicinalrath erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, Juli. 1911. No. 7.

I. Bernhard Fränkels Rücktritt und die Zukunft der Laryngologie in Berlin.

Bernhard Fränkel wird in Rücksicht auf sein Alter mit Schluss dieses Semesters seine Stelle als Director der Klinik und Poliklinik für Hals- und Nasenkranke an der Universität Berlin niederlegen. Es ist ein ungemein schwerer Verlust, den die Sache der Laryngologie in Deutschland durch die bevorstehende Inactivirung ihres ältesten und verdientesten Repräsentanten erleidet. Den Lesern dieser Zeitschrift die zahlreichen grossen Verdienste Fränkel's um den Ausbau und die Förderung unserer Wissenschaft in's Gedächniss zu rufen, erscheint überflüssig; sie sind mit unvertilgbaren Lettern in der Geschichte der Laryngologie verzeichnet. Was Fränkel in den vier Decennien seiner Docententhätigkeit und in den fast 25 Jahren, während deren er an der Spitze des auf seine Initiative gegründeten ersten deutschen Universitätsinstituts für Laryngologie steht, als akademischer Lehrer gewirkt hat, dafür zeugen viele Generationen von Schülern, die, über den ganzen Erdkreis verbreitet, ihm Ausbildung, Belehrung und Anregung zu danken haben.

Hier an dieser Stelle, von der aus so oft der warnende oder anfeuernde Ruf Felix Semon's erging, wenn die Interessen der Laryngologie auf dem Spiele standen, hier sei heute vor allem an die grossen Verdienste erinnert, die Fränkel sich um die äussere Stellung und das Ansehen unseres Faches erworben hat, sei daran erinnert, dass er stets unter den Ersten war, wenn es galt, die in vielen Kämpfen behauptete Selbständigkeit unserer Disciplin zu vertheidigen. An Gelegenheit dazu hat es wahrlich nicht gefehlt. Ihre ruhmreiche Entwicklung seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels hat die Laryngologie nicht davor geschützt, dass auf ihre Stellung unter den aka-

demischen Lehrfächern immer wieder Sturm gelaufen wurde. Wir mussten in den letzten Jahren ein paar Mal die betrübende Thatsache registriren, dass bei Besetzung laryngologischer Stellen an deutschen Universitäten die Anhänger der Vereinigung von Laryngologie und Otologie den Sieg davon trugen, wir konnten uns aber schliesslich damit trösten, dass es sich um kleinere Universitäten mit einer verhältnissmässig geringen Zahl von Medicinstudirenden handelte, an denen eine solche Verschmelzung zweier ihrem Wesen nach getrennter Lehrfächer aus rein wirthschaftlichen Gründen angängig sein konnte, ohne dass dadurch die principielle Selbstständigkeit der Laryngologie im akademischen Unterricht in Frage gestellt zu sein brauchte. Nun aber, da mit Fränkels Rücktritt die Frage seiner Nachfolgerschaft brennend wird, erhebt sich bei allen, denen die Aufrechterhaltung der Laryngologie als wissenschaftliche Disciplin und als akademisches Lehrfach am Herzen liegt, die bange Sorge um die Zukunft. Jetzt handelt es sich um die grösste deutsche Universität, um das Schicksal des ersten und ältesten laryngologischen Universitätsinstituts im Reiche, an dem in diesem Semester nicht weniger als 170 Hörer inscribirt waren. Sollte auch diesmal die Strömung den Sieg davon tragen, die darauf hinzielt, die Laryngologie zu einem Appendix der Otologie herabzuwürdigen, so würden wir die in der Geschichte der medicinischen Sonderfächer unerhörte Thatsache zu verzeichnen haben, dass aus utilistischen oder sonstigen äusseren Gründen die Existenz eines Lehrfaches untergraben wird, das seine Daseinsberechtigung in einer an wissenschaftlichen Erfolgen reichen Entwicklung, die sich über ein halbes Jahrhundert erstreckt, hinreichend bewiesen hat.

Wir hegen die feste Hoffnung, dass diejenigen, bei denen die Entscheidung liegt, d. h. die Mitglieder der Facultät, der preussische Cultusminister und seine Räthe, sich der Tragweite und Bedeutung ihrer Entschlüsse voll bewusst sein werden. Es sei daran erinnert, dass noch nicht ganz zwei Jahre ins Land gegangen sind, seit bei Fränkel's 50jährigem Doctorjubiläum der Ministerialdirector im preussischen Cultusministerium urbi et orbi verkündete: „Was an mir liegt, soll geschehen, um der Laryngologie bei uns ihre Selbständigkeit zu erhalten, wenn auch einmal an einer kleinen Universität aus äusseren Gründen eine Personalunion eingegangen werden muss.“ Wir rechnen darauf, dass diese Zusage in der ernsten Stunde der Entscheidung nicht vergessen werde.

In wenigen Monaten soll in Berlin unter Fränkel's Vorsitz der III. Internationale Laryngo-Rhinologencongress tagen. Wenn nicht alle Anzeichen trügen, kann das äussere Gelingen des Congresses als gesichert betrachtet werden. Eine grosse Anzahl von Fachgenossen aus aller Herren Länder ist zu erwarten; Regierungen, Universitäten, Akade-

mien und Gesellschaften werden offiziell vertreten sein; die Zahl der bisher angemeldeten Referate und Vorträge beträgt bereits fast 100, so dass gegenüber diesem embarras de richesse einzig die Sorge entsteht, wie das ungeheure wissenschaftliche Material — wohl der beste Beweis für das frisch pulsierende wissenschaftliche Leben in der Laryngologie — innerhalb der Congresszeit bewältigt werden soll. Unter den Mitgliedern des Ehrencomités für diesen Congress steht an erster Stelle der preussische Cultusminister; es ist anzunehmen, dass der Herr Minister diese Ehrenmitgliedschaft angenommen hat, weil er von der Bedeutung der Laryngologie, die in diesen Congressen ihren imposantesten und mächtigsten internationalen Ausdruck findet, durchdrungen ist, und wir wollen hoffen, dass seine Entscheidung über die Nachfolgerschaft Fränkel's mit dieser Auffassung von der Bedeutung unserer Disciplin in Einklang stehen wird. Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **G. Zickgraf. Ueber die Complicationen der Lungentuberculose von Seiten der oberen Luftwege.** *Zeitschrift für Tuberculose. Bd. XIV. Heft 6. 1909.*

Verf. findet Nasencomplicationen in 13—25 pCt., Rachencomplicationen in 13—16 pCt., Kehlkopfcomplicationen in 2—14 pCt. Kehlkopftuberculose betrug ca. 6 pCt.; wenn man die leichtesten Kehlkopfkatarrhe mitrechnet, so ergeben sich 40 pCt. Kehlkopfveränderungen. Stenosen der oberen Luftwege, wie Nasenverengerungen oder hypertrophische Tonsillen müssten als die Tuberculose begünstigende Factoren beseitigt werden.

WILH. SOBERNHEIM.

2) **Wolf Freudenthal. Tuberculose. (Tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Verf. macht auf die Anzeichen aufmerksam, die man in den oberen Luftwegen für das Bestehen einer Lungenaffection bisweilen findet. Er selbst hat vor Jahren auf eine nach seiner Ansicht höchst charakteristische Geschwürsbildung im oberen Theil des Pharynx hingewiesen, die höchstens mit einer tertiär-syphilitischen verwechselt werden könnte, sich aber auch von dieser wesentlich unterscheidet. Ein anderes Zeichen ist eine ausgesprochene Anämie, die den harten Gaumen und den grössten Theil des weichen Gaumens betrifft. An der Stelle, wo die Uvula sich an den weichen Gaumen ansetzt, besteht eine deutliche Congestion, die sich nach beiden Seiten auf die Gaumenbögen und Tonsillen erstreckt, während weiter unten die Epiglottis wieder Anämie zeigt. Ein anderes Symptom, dem Verf. bei zweifelhaften Fällen von Lungentuberculose Wichtigkeit beilegt, ist die Hypertrophie der Zungentonsille; eine Affection dieser Theile würde mehr für eine Ingestions- als eine Inhalationstuberculose sprechen.

EMIL MAYER.

3) **A. Ephraim** (Breslau). **Ueber örtliche Behandlung chronischer Bronchialerkrankungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Verf. hat, durch günstige Erfahrungen bei Bronchiectasie und chronischer Bronchitis veranlasst, an 76 an Bronchialasthma leidenden Patienten in ambulanter Praxis locale Einstäubung von Novocain-Suprareninlösung vorgenommen (Novocain 0,2—0,3, Suprarenin solut. [1:1000] 1,0, Natr. chlorat. 0,08, Aq. 10,0). Zu diesem Zwecke hat Verf. einen biegsamen Bronchialspray — ein elastisches Rohr von etwa 45 cm Länge und 6,5 mm Durchmesser, in welchem sich ein dünner, als Saugrohr dienender Schlauch befindet — construirt. Um dem Instrument die für die Passage der Glottis nöthige Krümmung zu geben, ist die Benutzung einer katheterförmigen, metallenen Leitcanüle erforderlich. In denjenigen Fällen, wo die Einführung misslang, musste der Tubus angewendet werden. Die Menge der Injectionsflüssigkeit betrug ca. 10—15 ccm. Die Application gelingt bis in die feinsten Bronchialverzweigungen. Die Wirkung war in den meisten Fällen eine hervorragende, so dass selbst Dauererfolge häufig beobachtet wurden. Detaillirte Krankengeschichten werden gegeben. Verf. erklärt sich den therapeutischen Effect so, dass durch Behebung der vasomotorischen Anomalien vermittels Anämisirung und des Reizes der Nervenendigungen des Vagus vermittelst Anästhesirung einerseits die entzündlichen vasomotorischen Veränderungen und andererseits der Krampf aufgehoben werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

4) **J. Segel** (Wien). **Ein Beitrag zur Therapie des Asthma bronchiale.** *Centralblatt f. innere Medicin. S. 571. 1910.*

Zwei Fälle von schwerem, in frühester Kindheit aufgetretenem Asthma bronchiale, die jeder erdenklichen Behandlungsmethode hartnäckig getrotzt hatten, wurden durch combinirte Sauerstoff-Adrenalinbehandlung rasch und günstig beeinflusst.

WILH. SOBERNHEIM.

5) **Georg Arnheim** (Berlin). **Keuchhustenuntersuchungen.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 50. 1909.*

Verf. stellt eingehende Untersuchungen über die Bakterien von Bordet und Gengou, die er als Ursache der Keuchhustenerkrankung anerkennt, an. Die Anfälle werden durch das Vorkommen dieser Keime an den Hustenstellen hervorgerufen, und zwar mittels die Secretion stark anregender Stoffe. Die Feststellung der Erkrankung mittels Serodiagnose ist für die fraglichen Fälle von Werth. Die Herstellung hochwerthiger Heilsera ist für absehbare Zeit nicht zu erwarten. Nach Ansicht des Verf.'s wird der Eintritt nervöser Complicationen nur selten durch grössere Blutungen bedingt, sondern meist durch Einwirkung von Toxinen. Die makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen sind nicht charakteristisch.

WILH. SOBERNHEIM.

6) **Ernst C. Schultze. Vorläufiger Bericht über die Wichtigkeit einer frühzeitigen bakteriologischen Untersuchung des Secrets aus dem Nasenrachenraum bei Scharlach. (A preliminary report on the importance in scarlatina of an early bacterial examination of the secretion from the postnasal region.)** *N. Y. Medical Record. 10. December 1910.*

Verf. hat in einigen kinderreichen Familien, in denen ein Scharlachfall vor-

gekommen war, die Weiterverbreitung der Krankheit dadurch verhütet, dass er die übrigen Familienmitglieder 6 Wochen hindurch dreimal täglich Nase und Hals mit einem milden Antisepticum reinigen liess.

EMIL MAYER.

7) **Mounier. Spätintoxication infolge Bromäthyl. (Intoxication tardive due au bromur d'éthyle.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. 1911.*

Kennt man bisher schon genugsam Fälle von Tod während der Narkose, und wusste man auch, dass die Nachwirkungen des Bromäthyls manchmal äusserst unangenehme sein konnten, so war es unbekannt, dass das Bromäthyl auch in seinen Spätwirkungen lebensgefährlich werden kann. Der Fall, den Mounier veröffentlicht, wäre höchstwahrscheinlich letal verlaufen, wenn nicht energisch stimulirt worden wäre, bei einem 3jährigen Kinde, das die Bromäthylnarkose anstandslos vertragen hatte und erst 24 Stunden nach derselben die schwersten Vergiftungserscheinungen darbot. Mounier glaubt, dass das Bromäthyl gefährlich ist, wenn die Patienten an Darmkatarrhen leiden. Da die Ausscheidung des Bromäthyls jedoch nicht durch den Darmcanal erfolgt, so erscheint uns der Zustand des Darmes bedeutungslos für eine eventuelle Vergiftung mit Bromäthyl und die Gefahr hauptsächlich in der schweren Imprägnation des Hirnes mit dem Brom gelegen.

LAUTMANN.

8) **R. Hoffmann** (München). **Die Anästhesie in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. S. 328. 1911.*

H. zieht das Cocain den Ersatzmitteln vor. Bei der Larynxtuberculose erzielte er durch Alkoholinjection Schmerzfreiheit bis zu mehreren Wochen; die Zahl der Fälle ist nicht angegeben. Bei Hemicranie, besonders auf dysmenorrhischer Basis, empfiehlt er die Cocainisirung bezw. Aetzung der Ethmoidalstellen in der Nase, bei Bronchialasthma auf nasaler Basis die intraorbitale Durchschneidung des N. ethmoidalis nach Neumeyer.

OPPIKOFER.

9) **M. Ruprecht** (Bremen). **Haben sich in der Rhino-Laryngologie die Ersatzmittel des Cocains bewährt? Beitrag zur Anästhesirungstechnik, zugleich Entgegnung auf den gleich betitelten Aufsatz Max Senator's in der Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1910.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. Heft 2. 1911.*

R. greift Senator, der das Cocain den neuen Ersatzmitteln noch immer vorzieht, heftig an; Senator wird vor allem der Oberflächlichkeit und mangelnder Literaturkenntniss beschuldigt. Wie bereits in früheren Arbeiten, so hebt R. auch jetzt wieder den hohen Werth des Alypins hervor. Er empfiehlt, dasselbe nicht einzupinseln, sondern getränkte Wattetampons einzulegen und länger zuzuwarten als bei Cocain, da die Wirkung des Alypins sich langsam einstellt.

OPPIKOFER.

10) **A. Rosenberg. Das Cycloform, ein neues Anaestheticum. (Le cycloforme, nouvel analgésique.)** *Revue hebdom de laryngol. No. 14. 1911.*

Das von Bayer fabricirte Präparat wird von Rosenberg als bequemes und ungefährliches schmerzlinderndes Streupulver empfohlen, das mit anderen, ähnlich wirkenden Mitteln (Coryfine 1 : 25) gemengt werden kann.

LAUTMANN.

11) **Chavanne. Localanaestheticum für Nasen- und Halsoperationen. (Local anesthetic for nose and throat operations.)** *N. Y. Medical Journal. 27. August 1910.*

Rp. Acid. carbol.
Menthol. aa 30,0
Chinin. hydrochloric. 22,00
Adrenalin 0,05.

EMIL MAYER.

12) **G. Avellis. Notiz über gebrauchsfertige Anwendungsformen von Nebennierensubstanzen in der Rhinologie.** *Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. III. S. 729. 1911.*

Bei der Coryza vasomotoria, bei den Nasenreizungen der Asthmatiker und beim Heuschnupfen empfiehlt A. als bequemes und billiges (1 M.) Mittel eine Novocain-Suprarenin-Droserin-Glycerinlösung (Firma Weil, Frankfurt). Dem Mittel werden aseptische in Seidenpapier gewickelte kleine Wattepinsel beigegeben.

Dasselbe Medicament wird in Salbenform als „Supradroserincrême" hergestellt.

OPPIKOFER.

13) **G. Laurens. Ueber den Gebrauch des Menthols. (Sachons employer le menthol.)** *La Clinique. No. 7. 1911.*

Die vielen üblen Zufälle, die das Menthol schon verschuldet hat, haben die Pädiater veranlasst, Warnrufe gegen den Gebrauch des Menthols auszustossen. Laurens findet, dass die Schuld an einer unrichtigen Verordnung liegt. Man darf Dosen, die 1 pCt. übersteigen, nur in den allerseltensten Fällen überschreiten. Infolge dessen darf man nicht die vielgepriesenen Schnupfenmittel verwenden, die sämmtlich Menthol in nicht bekannter Concentration enthalten. Bei kleinen Kindern genügen 2—3 Tropfen der 1proc. Lösung, wenn man die Vorsicht beobachtet, die kleinen Patienten sofort nach der Medication der Mentholtropfen auf die Seite zu legen. Bei den acuten Entzündungen der Nase, des Kehlkopfes und der Nasennebenhöhlen ist das Menthol ein unübertroffenes Mittel. Laurens empfiehlt eine sogenannte trockene Inhalation mit Menthol nach folgender Formel:

Menthol 10 g
Alkohol puri q. s. ad dissolutionem.
2mal täglich einige Tropfen ins Taschentuch.

LAUTMANN.

14) **Arpád Lengyel. Das Salimenthol in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. S. 396. 1911.*

Das Salimenthol (Firma Scheuble u. Hochstetter in Tribuswinkel) ist ein Salicylsäureester des Menthols und stellt eine ölige gelbliche Flüssigkeit dar, welche sich in Aether und Chloroform leicht auflöst, aber mit Glycerin und Wasser bloss emulgirbar ist. Dieses Mittel wurde an der Klinik von Prof. Onodi mit gutem Erfolge erprobt bei den acuten Erkrankungen der oberen Luftwege und als Anaestheticum bei der Kehlkopftuberculose.

OPPIKOFER.

15) **Breitenmaier. Coryfin, ein reizloses Mentholderivat.** *Therapie der Gegenwart. No. 3. 1910.*

Bei Hustenreiz bringen Inhalationen von wenigen Tropfen Coryfin auf

heissem Wasser rasche Linderung, oder auch das langsame Zergehenlassen eines Stückchen Zuckers, auf das man etwas Coryfin aufgetropft hat. Noch besser wirken Coryfinbonbons.

WILH. SOBERNHEIM.

16) **Kurt Witthauer** (Halle a. S.). **Meine Erfahrungen mit Pergenol.** *Therapeutische Monatshefte. 1910.*

Gute Erfolge bei Angina, Stomatitis und Diphtherie. Bei Scharlachdiphtherie und schwerer Stomatitis ist die Anwendung nicht genügend.

WILH. SOBERNHEIM.

17) **Stefanini** und **Gradenigo. Erfahrungen über eine neue Methode der Zerstäubung medicamentöser Lösungen zur Inhalation. (Esperienze su un nuovo metodo di polverizzazione delle soluzioni medicinali per uso di inalazioni.)** *Arch. Ital. di Otologia. März 1911.*

Der von dem Verf. angegebene Zerstäuber soll den Vortheil haben, einen Flüssigkeitsnebel von jeder beliebigen Temperatur zu liefern, auch von 6 Centigrad. Der Nebel besteht aus trockenem Pulver, die Granula messen unter dem Mikroskop 1—6 μ.

Untersuchungen am Hunde ergaben, dass die inhalirte Substanz bis in die peripheren Lungentheile eindrang.

CALAMIDA.

18) **A. Hartmann** (Berlin). **Inhalationsmaske.** *Med. Klinik. 18. 1911.*

Maske aus einem Drahtgitter, welche in Hohlform über Nase und Mund mit einem Drahtgestell (ähnlich einer Brille) am Kopfe befestigt werden kann und zur Anwendung von an der Luft verflüchtigenden Medicamenten (Menthol, Ol. Terebinthinae, Ol. pini etc.) dient. Auskochbar.

SEIFERT.

19) **Ozaenalyt-Spray-Apparat.** *Med. Klinik. 5. 1911.*

Spray für feine nebelartige Zerstäubung, bei trockenen Katarrhen der Luftwege, speciell bei Ozaena indicirt.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **Timothy J. Reardon. Staphylokokken-Rhinitis als Ursache von Folliculitis exulcerans serpiginesa nasi. (Staphylococcus rhinitis as a cause of folliculitis exulcerans serpiginosa nasi.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Verf. theilt drei Krankengeschichten mit. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Staphylococcus pyogenes aureus. Die Behandlung bestand in Entfernung der Krusten, antiseptischen Waschungen und Jodkali innerlich.

EMIL MAYER.

21) **Sick** (Hamburg). **Das Rhinophym und seine operative Behandlung.** *Festschrift für Unna. 1910.*

Bericht über 8 Fälle von Rhinophyma, bei welchen die Decortication zu sehr guten Resultaten führte. Transplantationen sind nicht erforderlich. Gleichzeitig muss auch die Acne nach den bekannten dermatologischen Principien behandelt werden.

SEIFERT.

22) **Richard Hoffmann. Ueber einen Fall von Rhinophyma.** *Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Dresden. 3. April 1909.*

Bericht über einen eigenen beobachteten Fall, der nach der Braun'schen Methode operirt wurde. Nach Querschnitt über die Nasenspitze wurden die hypertrophischen Massen subcutan exstirpirt. Das kosmetische Resultat war gut.

WILH. SOBERNHEIM.

23) **Richard Hoffmann. Ueber einen Fall von Höckernase.** *Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Dresden. 3. April 1909.*

Verf. demonstrirt an einer Reihe von Bildern einen Fall von Höckernase. Die Operation, die von aussen vorgenommen wurde und ein sehr gutes kosmetisches Resultat ergab, hinterliess eine unsichtbare Narbe. WILH. SOBERNHEIM.

24) **Sinclair White. Ein Fall von Rhinoplastik bei einer alten Frau. (A case of Rhinoplasty in an old woman.)** *Britih Medical Journal. 16. April 1910.*

Die durch ein Ulcus rodens verloren gegangene Nase wurde mittels Lappenbildung von der Stirn ersetzt. A. J. WRIGHT.

25) **Veis** (Frankfurt a. M.). **Demonstration der Erfolge kosmetischer Nasenoperationen.** *Med. Klinik. 17. 1911.*

Besprechung der Technik, speciell der Joseph'schen Operationsmethode.

SEIFERT.

26) **A. Kozerski. Ein Fall von Lupus vulgaris nasi geheilt mittelst Radiumbestrahlungen. (Przypadek wilka nosa, wyleczeny naiwietlaniem radium.)** *Pamietnik Twa Lek. Warsz. T. CVI. Z. IV. 1910.*

Ein Fall von Lupus vulgaris, der die ganze Nase und die obere Lippe einnahm. Nach einigen Bestrahlungen in der Zeit vom Februar bis December 1909, und zwar 2mal mit Röntgenstrahlen, 4mal mittelst der Finsen'schen Lampe und 6mal mittelst Radiums erfolgte vollständige Heilung. Es verblieben nur einige Narben, wie nach Pocken. A. v. SOKOLOWSKI.

27) **Ove Strandberg. Behandlung des Lupus cavi nasi. (Behandling af Lupus cavi nasi.)** *Dansk Klinik. No. 48. 1910.*

Betrifft die Behandlung des Lupus cavi nasi im Finsen'schen Lichtinstitut in Kopenhagen nach der von Pfannenstiel angegebenen Methode, deren Hauptprincip ist, die Mikroben zu vernichten und die Ulcerationen zu heilen, wenn es möglich ist, einen baktericiden Stoff im angegriffenen Gewebe herzustellen. Dies sucht man dadurch zu erreichen, dass man Jodnatrium per os eingiebt und gleichzeitig Ozon oder H_2O_2 über die Schleimhaut leitet. Im Institut wurden 13 Patienten behandelt. Diese bekamen täglich 3 g Jodnatrium, und es wurden Tampons mit säurehaltigem Oxydol Petri in die Nase gelegt.

9 von diesen 13 Fällen konnten als vollständig geheilt entlassen werden und nur bei einem Patienten war die Behandlung völlig resultatlos.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

28) **M. Ruprecht** (Bremen). **Entfernung eines Fremdkörpers aus der nach Claoué operirten Kieferhöhle mittelst Magneten.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. S. 332. 1911.*

Bei Erweiterung der Oeffnung in der lateralen Nasenwand sprang der Löffel des Conchotoms ab, konnte dann aber mittelst Magnetstabes aus der Kieferhöhle wieder entfernt werden.

OPPIKOFER.

29) **H. Ramsay Smith. Einige anatomische und pathologische Verhältnisse der Highmorshöhle bei den Ureinwohnern Australiens. (Some anatomical and pathological conditions of the antrum of Highmore in the Australian aboriginal.)** *British Journal of Dental Sciences. 24. März 1911.*

Es werden Präparate beschrieben, die partielle Theilungen des Antrums durch verticale Septa zeigen.

A. J. WRIGHT.

30) **Buys. Sinusitis maxillaris mit Nekrose der Sinuswände. (Sinusite maxillaire avec nécrose des parois du sinus.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 45. 1910.*

Im Cercle Médical von Brüssel, Sitzung vom 7. October 1910, berichtet B. über einen Fall von Trauma des Oberkiefers: Nekrose der vorderen und inneren Wand der Kieferhöhle, kleiner Sequester des Daches (untere Orbitalwand); fungöse Sinusitis; Fistel an der vorderen Wand in die Höhle führend.

PARMENTIER.

31) **J. P. Clark. Antrumerkrankung. (Disease of maxillary antrum.)** *British Medical and Surgical Journal. 8. September 1910.*

Verf. macht auf Fälle aufmerksam, die charakterisirt sein sollen durch die Anwesenheit eines dicken, zähen, klebrigen Secrets bei ungewöhnlich grossem Ostium maxillare. Er bezeichnet sie als „mucöse" Antrumerkrankung. Vorstechend sind die vasomotorischen Symptome.

EMIL MAYER.

32) **Wolf Freudenthal. Empyem der Highmorshöhle; seine Beziehung zu anderen Krankheiten und seine Behandlung. (Empyema of the antrum of Highmore: its relation to other diseases and its treatment.)** *N. Y. Medical Record. 23. October 1909.*

Verf. erinnert an die Rolle, die bei der Entstehung des Empyems Zahnerkrankungen spielen und die man bei der heute geltenden Anschauung geneigt ist, zu niedrig einzuschätzen. Er macht auch darauf aufmerksam, dass bisweilen umgekehrt von einer Antrumeiterung aus Zähne, die in die Höhle hineinragen, erkranken können.

EMIL MAYER.

33) **Jacob Parsons Schaeffer. Die Oberkieferhöhle und ihre Verhältnisse beim Embrye, Kind und Erwachsenen. (The sinus maxillaris and its relations in the embryo, child, the adult man.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1910.*

Aus den Folgerungen, die Verf. aus seinen Untersuchungen zieht, seien folgende hervorgehoben:

Die Anlage der Highmorshöhle erscheint während des 3. Monats des Fötallebens als eine kleine Epithelausstülpung, die zuerst nach unten, später lateral-

wärts vom dorsalen Ende des primären Infundibulum ethmoidale auswächst. Die primäre Oberkieferhöhle kann doppelt angelegt sein. Dies mag in manchen Fällen die Ursache sein für das Vorhandensein eines doppelten Ostium maxillare beim Erwachsenen; die beiden Taschen verschmelzen nämlich distalwärts mit einander, es bleiben aber die beiden Ausstülpungsstellen und werden beim Erwachsenen zu zwei Ostien. Das primäre Ostium variirt bei verschiedenen Embryonen erheblich an Grösse. Die Höhle erweitert sich durch gleichzeitiges Wachsthum des Sackes und Resorption der umgebenden Gewebe; beide Vorgänge halten gleichen Schritt mit dem Wachsthum des Gesichtes. Bei einem ausgetragenen Fötus ist der ventrodorsale Durchmesser der Höhle circa 7 mm. Ihre volle Grösse erlangt die Höhle vom 14. bis 18. Jahre. Auf Grund der Untersuchung an 90 Köpfen sind nach dem Verf. die Maasse für den Sinus beim Erwachsenen folgende: Dorsosuperiore Diagonale 38 mm; ventrosuperiore Diagonale 38,5 mm; supra-inferiore 33 mm; ventrodorsale 34 mm; mediolaterale 23 mm. Die durchschnittliche Capacität der Höhle beträgt 14,75 ccm. Ein Ostium maxillare accessorium fand sich in 43 pCt. der Fälle des Verf.'s. In 56 pCt. bestand ein inniger Zusammenhang zwischen Infundibulum und Ductus nasofrontalis oder ersterem und der Stirnhöhle direct, in welchem Falle ein Ductus nasofrontalis fehlte; 40 pCt. zeigten directe Communication des Ductus nasofrontalis mit dem mittleren Nasengang, indem das Infundibulum blind oder in einer Zelle endigte; 2,5 pCt. zeigten einen doppelten Ductus nasofrontalis, der eine setzte sich in das Infundibulum fort, der andere communicirte mit dem mittleren Nasengang; 1,2 pCt. zeigten eine directe Communication zwischen Stirnhöhle und Oberkieferhöhle.

Das Infundibulum wirkt in einer grossen Zahl der Fälle wie eine Dachrinne zwischen der Frontalregion und Oberkieferhöhle, und letztere dient daher als ein Reservoir für die von oben herkommenden Flüssigkeiten. Gelegentlich gehen Aeste der oberen Alveolarnerven auf ihrem Wege zu dem oberen Zahnplexus ganz durch die Sinuswandungen und verlaufen dann unter der Schleimhaut der Höhle zu ihrem Ziel. Selten geht der vordere obere Alveolarast, anstatt seinen gewöhnlichen Weg zu nehmen, schräg vom Antrumdach zu der ventralen Wand, nur bedeckt von der Schleimhaut.

EMIL MAYER.

34) **Joseph P. Junis. Entzündung der Oberkieferhöhle mit besonderer Berücksichtigung des Empyems. (Inflammation of the sinus maxillaris with special reference to empyema.)** *The Laryngoscope. October 1910.*

Verf. theilt das Ergebniss der Section einer Serie von 100 Köpfen mit, wobei folgende Thatsachen sich ergeben:

1. Die grosse Häufigkeit der Oberkieferhöhlenerkrankung 37 pCt.
2. Die grosse Zahl von intra vitam übersehenen Empyemen. In einem Falle schienen drei Specialisten ein doppelseitiges Empyem nicht diagnosticirt zu haben.
3. Die grosse Zahl von Retentionscysten (13 pCt.). Diese Cysten entstehen durch eine Dilatation des Ausführungsganges einer Schleimdrüse, was sich durch mikroskopische Untersuchungen Schritt für Schritt beweisen liess.
4. Dass an der Bildung solcher Retentionscysten chronische entzündliche Zustände Antheil haben, ergiebt sich daraus, dass in allen Fällen in ihrer Um-

gebung sich mikroskopisch chronische Entzündungen nachweisen liessen, obwohl solche makroskopisch nicht sichtbar waren.

5. Von den 100 obducirten Fällen war in 21 Tuberculose die Todesursache, jedoch nur in einem von ihnen war die Sinusschleimhaut tuberculös erkrankt.

EMIL MAYER.

35) **Reidar Gording. Einige Worte über die chronischen Antrumempyeme und ihre ambulatorische Behandlung. (Nogle Ord om de kroniske Antrumempyemer og deren ambulatoriske Behandling.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 1 u. 2. 1910.*

An der Hand von 30 Sectionen hat G. die Einmündung der Nebenhöhlen in die Nase zum Gegenstand eines eingehenden Studiums gemacht. Er entscheidet sich für die intranasale Behandlung und macht im Meatus inferior eine breite Oeffnung zwischen Antrum Highmori und den Nasenhöhlen. Er hat in 23 Fällen 21 Heilungen erzielt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

36) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Bakteriologische Untersuchungen zur Prognosenstellung und Behandlungswahl bei chronischen Kieferhöhlenempyemen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

Verf. geht im ersten Theil der Arbeit auf die an der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin geübten Operationsverfahren zur Eröffnung der Kieferhöhlen bei chronischem Empyem des Näheren ein. Zur Beseitigung der zur Zeit bestehenden Schwierigkeiten bei der Wahl der Operationsmethode und bei der Prognosenstellung empfiehlt Verf., in jedem Falle vor Eintritt in die Behandlung die mikroskopische Untersuchung und Virulenzprüfung des steril entnommenen Eiters vorzunehmen.

Auf Grund seiner Untersuchungen zeigt Verf., dass annähernd drei verschiedene Virulenzstärken vorkommen, und zwar kann der Eiter völlig steril sein — das sind diejenigen Fälle, in denen die Eiterung ohne Operation durch Spülungen ausheilt — oder es handelt sich um die Infection nur mit einer Bakterienart resp. um wenig virulente Mischinfection, bei der die Prognose günstig zu stellen ist und die Mikulicz'sche Operationsmethode meist zum Ziele führt, oder aber in dritter Linie um hochvirulente Mischinfectionen, bei denen wenigstens in Bezug auf die Zeit der Ausheilung die Prognose ungünstig zu stellen und bei denen die Radicaloperation am Platze ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

37) **Meissner** (Friederau). **Zur operativen Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme.** *Wiener klin. Rundschau. No. 48—52. 1910.*

Kritische Besprechung der verschiedenen bekannten Operationsverfahren bei chronisch suppurativer Antritis.

HANSZEL.

38) **R. Hoffmann** (Dresden). **Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankungen der oberen Luftwege. II. Zur Pathologie der Kiefercysten.** *Zeitschrift für Laryngol. und Rhinol. Bd. 3. S. 467. 1911.*

Vorliegende Arbeit ist eine Ergänzung zu dem Vortrage auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad 1902 und beschäftigt sich vorzugsweise mit der Histo-

logie der Zahncysten. H. hatte Gelegenheit, mehrere Fälle histologisch zu untersuchen und fand übereinstimmend mit dem Befunde anderer Autoren zu äusserst an der Cystenwand Bindegewebe, als intermediäre Zone Granulationsgewebe und zu innerst Plattenepithel (6 Abbildungen). Die Grenze zwischen Bindegewebe und Granulationsgewebe ist nicht immer scharf. In einem Falle fand sich nach dem Cystenraum hin nicht Plattenepithel, sondern Cylinderepithel mit Flimmerhaaren, ein Befund, den Referent für eine Verwechselung mit Kieferhöhlenschleimhaut auffassen möchte; doch hält Verf. dies für ausgeschlossen. In einem Falle wurde auch eine folliculäre Cyste untersucht, und fand sich ebenfalls nach dem Cysteninnern zu Plattenepithel. Bezüglich des Knochens macht H. darauf aufmerksam, dass Osteoblastensäume stellenweise vorhanden sind, während Osteoklasten auf grossen Strecken fehlen können.

Als Operationsmethode empfiehlt H. für gewöhnlich das Verfahren von Partsch.

OPPIKOFER.

39) **E. W. Rought. Nasenbluten. (Nose bleeding.)** *Practitioner. October 1910.*

Ein Uebersichtsartikel über die verschiedenen Ursachen der Epistaxis und ihre Behandlung. Als neu ist hervorzuheben die Methode, kleine Venen durch Anwendung der Elektrolyse zur Obliteration zu bringen; Verf. bedient sich zu diesem Zweck der positiven Nadel und eines Stromes von 2—5 Milliampère.

WATSON WILLIAMS.

40) **A. Rejtö** (Budapest). **Ueber Nasenbluten.** *Budapesti orvosi ujság. No. 3. 1910.*

Rathschläge für die practischen Aerzte.

POLYAK.

41) **E. R. Blaauw. Ein Fall von Epistaxis. (A case of epistasis.)** *American Medical Association. 2. Juli 1910.*

Postoperative arterielle Blutung 12 Tage nach Entfernung der mittleren Muschel. Es wurde innerlich Calciumlactat gegeben. Eine Lösung von Antipyrin und Tannin schien die Blutung zum Stehen zu bringen.

EMIL MAYER.

42) **Trifiletti. Unstillbares Nasenbluten bei einem Gichtiker. (Epistassi sfrenata in soggetto gottoso.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1910.*

Bericht über einen eine Frau betreffenden Fall. Das Nasenbluten wiederholte sich alle 3—6 Stunden. Es blutete nicht aus einer bestimmten Stelle, sondern aus der ganzen Schleimhaut des Septums und Nasenbodens. Verf. will durch seine Mittheilung auf den schon von anderen Autoren betonten Zusammenhang zwischen Epistaxis und gewissen Diastasen auf Grund vasomotorischer Störungen hinweisen und will, wenn derartige Beobachtungen in grösserer Zahl gemacht werden sollten, von wahren „gichtischen Nasenblutungen“ sprechen.

CALAMIDA.

43) **Harold Hays. Epistaxis in ihrer Beziehung zu verschiedenen constitutionellen Krankheiten. (Epistaxis in its relation to various constitutional diseases.)** *N. Y. Medical Journal. September 1910.*

Gruppe I: Infectionskrankheiten (Typhus, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Pneumonie etc.).

Gruppe II: Anämien und andere Blutkrankheiten (Anämie, Chlorose, Hämophilie, Purpura, Malaria).

Gruppe III: Circulationsstörungen (Erkrankungen des Herzens und der grossen Gefässe; Leberkrankheiten; Nierenkrankheiten; Arteriosklerose).

Gruppe IV: Respirationskrankheiten (chronische Bronchitis und Emphysem, Lungentumoren).

Gruppe V: Specifische örtliche Entzündungen (Syphilis, Tuberculose, Lepra, Carcinom).

Gruppe VI: Verschiedene Erkrankungen (vicariirende Menses; Krankheit der Caissonarbeiter).

Gruppe VII: Vergiftungen (Phosphor, Chloralamid, Salicylsäure).

EMIL MAYER.

44) **Ernest Renaut. Schwere hypoplastische Anämie durch wiederholte kleine Nasenblutungen. Heilung.** *Med. Klinik. No. 48. 1909.*

Seit 3 Jahren bestand fast tägliches Nasenbluten aus einem Geschwür der rechten unteren Nasenmuschel. Der Hämoglobingehalt, der bei der Aufnahme 11 pCt. darstellte, stieg nach antisyphilitischer Cur (Wassermann +) auf 50 pCt., um nach Excision des Geschwürs, das trotz der Cur weiter zu Blutungen Veranlassung gab, auf 65 pCt. zu steigen.

WILH. SOBERNHEIM.

45) **H. Halász** (Meskolc, Ungarn). **Ueber die blutstillende Wirkung des thierischen Serums.** *Orvosok lapja. No. 26. 1910.*

In einem Falle wurden 2000 Einheiten des Behring'schen Serums mit Erfolg angewendet.

POLYAK.

46) **W. E. Casselberry. Eine neue Methode der Tamponade der Nasenhöhle zur Verhütung postoperativer Blutungen und ein neues vierflügeliges Nasenspeculum. (A new method of packing the nostril designed to prevent post operative hemorrhage and a new quadrivalve self-retaining nasal speculum.)** *The Laryngoscope. Januar 1910.*

Cfr. Verhandlungen der 35. Jahresversammlung der American Laryngological Aseociation, Boston, Juni 1909.

EMIL MAYER.

47) **Marchal. Verfahren für die Nasenhämostase. (Procédés d'hémostase nasale.)** *Archives Méd. Belges. Juni 1910.*

Besprechung der verschiedenen Methoden zur Stillung der Nasenblutungen. Bekanntes!

BAYER.

48) **Retterer** und **Lelièvre** (Paris). **Structur und Histiogenèse der adénoiden Vegetationen. (Structure et histogenese des végétations adenoides.)** *Societé de Biologie 11. Februar 1911.*

Der Process beginnt mit einer Hyperplasie der Deckelemente, dann folgt eine Umwandlung der Epithelmassen in netzförmiges diffuses oder zu geschlossenen Follikeln verdichtetes Bindegewebe.

GONTIER de la ROCHE.



49) **Simon** (Aprath). **Die adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes in ihren Beziehungen zur Tuberculose.** *Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Bd. XIX. Heft 2. 1911.*

Unter 88 operativ entfernten Rachenmandeln liessen sich nach der von Merkel angegebenen Form der Antiforminmethode 3mal Tuberkelbacillen nachweisen. Unter den 88 untersuchten Fällen befanden sich 8 mit manifesten tuberculösen Lungenveränderungen. Aus der Thatsache, dass in einem gewissen Procentsatz der Fälle tuberculöse Veränderungen in den Rachenmandeln gefunden werden und des weiteren, dass diese Veränderungen theilweise primärer Art sind und zu einer Weiterverschleppung der Keime führen können, zu folgern, dass man vergrösserte Rachentonsillen in jedem Falle entfernen müsse, hält Simon nicht für angängig.

Die Besprechung dieser Frage in Heymann's Handbuch nnd in der Med. Klinik 16, 17 1908 aus der Feder des Referenten ist in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt.

SEIFERT.

50) **L. Rugani. Ueber die Incontinentia alvi et vesicae in der Kindheit. (De l'incontinence fécale et de l'incontinence urinaire dans l'enfance.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 3. 1910.*

Nachdem alle Rhinologen den einige Zeit behaupteten Causalnexus zwischen adenoiden Wucherungen und nächtlichem Bettnässen der Kinder aufgegeben haben, glaubt Rugani auch den unwillkürlichen Stuhlabgang bei einem 8jährigen Knaben auf das Conto der adenoiden Wucherungen setzen zu dürfen. Trotzdem eine aus curativen Zwecken ausgeführte Adenotomie den Knaben nur theilweise gebessert hat, stellt Rugani ausgedehnte literarische Studien darüber an, ob die Enuresis nocturna und Incontinentia alvi Folgen einer fehlerhaften inneren Secretion von Drüsen und welcher Drüsen sind. Diese literarischen Studien, neben einigen Krankengeschichten stellen den Inhalt dieses Artikels dar.

LAUTMANN.

51) **Pröhl** (Charlottenburg). **Zur Desinfection des Nasenrachenraums mit Pyocyanase.** *Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Heft 10. 1909.*

Verf. zog sich eine Infection seines Nasenrachenraumes mit Meningokokken zu, die culturell in einem Rachenausstrich festgestellt wurde.

Nach dreimaliger Sprayung mit je 1,5 ccm Pyocyanase waren 15 Stunden nach der letzten Sprayung Meningokokken nicht mehr nachweisbar und sind nie wieder aufgetreten.

WILH. SOBERNHEIM.

c. Mundrachenhöhle.

52) **Gontier de la Roche. Chronischer Pemphigus des Pharynx und Larynx. (Pemphigus chronique du pharynx et du larynx.)** *Société de médcine du Ver. Juli 1910.*

60jährige Frau, bei der zeitweise Pemphigusblasen auf der hinteren Rachenwand und der Epiglottis auftraten. Gleichzeitig Pemphigus der Vulva. Keine Spuren von Lues.

AUTOREFERAT.

53) **V. Nicolai. Keratose des Pharynx. (Cheratosi faringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Bericht über einen Fall, der histologisch und bakteriologisch studirt ist.

CALAMIDA.

54) **A. G. Pohly. Anämische Halsgeschwüre. (Anemic ulcus of the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 27. August 1910.*

Verf. ist in dem Glauben, dass Ulcerationen im Halse bedingt sein können durch Anämie oder herabgesetzte Widerstandskraft. Er hat drei Fälle bei jungen Frauen gesehen. Die Ulcera sind rund, klein. Es bestehen keine Drüsenschwellungen.

EMIL MAYER.

55) **Gerber** (Königsberg). **Die nicht specifischen ulcerösen Erkrankungen der Mundrachenhöhle und Salvarsan.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1911.*

G. verbreitet sich eingehend auf Grund eigener Studien und der in der Literatur niedergelegten Untersuchungsresultate über die Morphologie der in der Mundrachenhöhle vorkommenden Spirochäten und kommt zu dem Schlusse, dass wir vorerst noch keine genügende Klarheit über die zahlreichen, verschiedenen und verschieden bezeichneten Spirochätenformen dieses Gebietes haben, dass jedoch die Plaut-Vincent'sche Angina keine Erkrankung sui generis sei, dass sie vielmehr nur ein besonders markantes Glied „einer ätiologisch-einheitlichen Gruppe" von Spirochätenerkrankungen der Mundrachenhöhle bilde. Zu dieser Gruppe seien auch zu rechnen die „Gingivitis, Stomatitis simplex und mercurialis, manche periostitische und peribuccale Abscesse, der Skorbut und vielleicht auch die Noma". Nach G.'s Anschauungen befinden sich die Spirochäten ebenso wie die fusiformen Bacillen ständig unter der üblichen Mundbakterienflora in den Tonsillarlacunen, auf der Zunge und besonders unter dem Zahnfleischrand und können bei bestimmten Gewebsalterationen in gesteigerter Virulenz die oben erwähnten Affectionen hervorrufen. Diese auf Grund klinischer und mikroskopischer Beobachtungen gezeitigte Anschauung findet eine weitere Stütze in der erfolgreichen therapeutischen Anwendung des Salvarsan, für die Autor 3 Krankengeschichten (2 Fälle von Plaut-Vincent'scher Angina und 1 Fall von Skorbut) in extenso berichtet. Der Schlussfolgerung Gerber's, dass trotz der glänzenden Wirkung des Salvarsan diesen Spirochätenerkrankungen gegenüber dieses Mittel nur für sehr schwere Fälle von Stomakace, Skorbut und Noma reservirt werden sollte, sollte sich zur Zeit wohl jeder Arzt anschliessen.

HECHT.

56) **Magnus Möller** (Stockholm). **Ueber Quecksilbervergiftung und Angina bezw. Stomatitis ulcero-gangraenosa, sowie über die Indicationen und Dosirung des Mercuriolöls.** *Dermatol. Zeitschr. Bd. XVIII. Heft 2—4. 1911.*

In 3 Fällen von Angina gangraenosa, von denen 2 mit Mercuriolöl, 1 mit Schmiercur behandelt worden war, ging der Process von der Tonsillengegend oder dem weichen Gaumen aus als ein gerötheter Fleck, der bald in einen brandigen, mehr oder weniger tiefgreifenden Process überging, der sich theils nach vorn über den Gaumen, die Zungenbasis, die Innenseite der Wangen und die Gingivae, theils

nach hinten, oben und unten nach dem Nasenrachenraum, der Epiglottis, der hinteren Pharynxwand und dem obersten Theil der Speiseröhre verbreitete. Der Tod trat unter Marasmus ein.

SEIFERT.

57) Lechtmann. **Zur Therapie der Syphilis mit Mergal und Pflege der Mundhöhle mit Givasan.** *Der practische Arzt. 2. 1911.*

Die antiseptische Givasanpaste zur Prophylaxe der Stomatitis mercurialis wird sehr empfohlen.

SEIFERT.

58) A. Spingam. **Drei ungewöhnliche Fälle von Retropharyngealabscess. (Three unusual cases of retropharyngeal abscess.)** *N. Y. Medical Record. 24. September 1910.*

Im ersten Fall bestanden Symptome von Druck auf den N. vagus. Auffallend war in diesem Fall, dass im Beginn Torticollis und Schwellung der äusseren Halsdrüsen bestand; eine Pulsverlangsamung (60 Schläge in der Minute) konnte nur durch Druck auf den Vagus erklärt werden. Im zweiten Fall trat Pyämie und Tod ein. Der dritte Fall, der in Genesung überging, war complicirt durch Glottisödem.

EMIL MAYER.

59) A. Sokoloff (Moskau). **Ein Fall von letaler Blutung bei retropharyngealem Abscess.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 45. S. 333. 1911.*

Der Retropharyngealabscess platzte bei dem 2jährigen Knaben nach Einführung des Mundsperrers im Momente, als incidirt werden sollte. Es floss sofort reichlich schokoladenfarbiger Eiter heraus; dann folgte ein Blutstrahl von der Dicke eines kleinen Fingers. 10 Minuten nach Beginn der Blutung trat der Exitus ein. Die Section ergab, dass die Blutung aus der linken Arteria carotis interna stammte, die gerade an der Stelle ihres Ueberganges in den Knochencanal der Pars pyramidalis des Schläfenbeines durch den eitrigen Process arrodirt war.

Verf. fand in der Literatur nur eine einzige der seinigen ähnliche Beobachtung, die durch Franklin beschrieben ist.

OPPIKOFER.

60) Hanau W. Loeb. **Acute Nephritis nach acuter Tonsillitis. (Acute Nephritis following acute Tonsillitis.)** *Journal American Medical Association. 12. November 1910.*

Acute Nephritis tritt öfter nach Angina auf, als man gewöhnlich glaubt. Es handelt sich meist um den hämorrhagischen Typus. Der Unterschied gegenüber der Scharlachnephritis besteht darin, dass Fieber, Oedeme und Oligurie nicht so ausgesprochene Krankheitssymptome darstellen. Höchst wahrscheinlich giebt es eine Anzahl leichter Fälle, die zur Heilung kommen, ohne dass Arzt oder Patient die Krankheit bemerkt haben. Jedenfalls ist es nothwendig, den Urin in jedem Falle einige Zeit nach Ablauf der Angina zu untersuchen. Eine grosse Anzahl von „idiopathischen" Nephritiden mögen auf eine vorhergegangene Tonsillitis zurückzuführen sein.

EMIL MAYER.

61) P. Stolzenburg. **Nephritis nach Angina und Erysipelas.** *Dissertation. Kiel 1908.*

In den Jahren 1895—1907 wurden in der medicinischen Klinik zu Kiel 668

Fälle von Angina behandelt. Bei 90, also bei 13,1 pCt., zeigte sich Eiweiss im Urin. Fast ausnahmslos heilte die Nephritis bald und vollständig aus.

58 Patienten wurden wegen acuter Nephritis in das Spital geschickt. Bei 13, also bei 22,4 pCt., liess sich die Nierenentzündung sicher auf Angina zurückführen. Bei dieser Reihe von Patienten war die Nephritis meist längere Zeit unbemerkt geblieben; die Patienten hatten sich nicht geschont und infolge dessen war das Endresultat ein viel schlechteres, als bei denen von Anfang an in der Klinik behandelten Anginanephritisfällen.

Verf. empfiehlt deshalb für jede Angina folgende Regel: Der Patient hat bis zum völligen Ablauf der Halserscheinungen das Bett zu hüten. Während der Angina ist mehrere Male, unbedingt aber vor dem Aufstehen, der Urin auf Eiweiss zu prüfen und bei auch nur geringer Menge von Eiweiss die Bettruhe bis zum Verschwinden desselben beizubehalten.

OPPIKOFER.

62) **J. J. Thomson. Bericht über einen tödtlichen Fall von Peritonsillitis bei einem Erwachsenen. (Report of a fatal case of Quinsy of in an adult.)** *The Laryngoscope. December 1910.*

Eine Autopsie liegt nicht vor. In seinen epikritischen Erwägungen zieht Verf. folgende Todesursachen in Betracht: Erstickung infolge Eiteraspiration aus dem geplatzten Abscess, allgemeine Sepsis, septische Endocarditis und Kehlkopfödem, jedoch spricht die fünf Tage dauernde Art der Erkrankung und die Art des Todes für keine jener Möglichkeiten. In den Todesfällen, die infolge Peritonsillitis beim Erwachsenen berichtet worden sind, handelte es sich meist um Blutungen; in einigen Fällen auch um Endocarditis.

EMIL MAYER.

63) **R. Fievey** (Amay). **Ueber die Behandlung der Anginen. (A propos du traitement des angines.)** *Le Scalpel. No. 8. 1910.*

Jede Bepinselung, selbst die leiseste, exponire und gebe in Wirklichkeit auch oft Veranlassung zu septischen Infectionen. Der Beweis dafür sei die Temperaturerhöhung, welche einige Stunden danach sich einstelle.

Der Autor sieht bei seiner Behandlungsweise ab von unnöthigem Gurgeln, von Bepinselungen und lässt häufige Mundspülungen mit verdünnter Sauerstoffwasserlösung machen; Betupfen mit in Sauerstoffwasser getauchten Wattetampons, welche er einige Augenblicke im Contact mit den kranken Stellen lässt.

BAYER.

64) **Escat** (Toulouse). **Behandlung der phlegmonösen Periamygdalitis vermittelst Discision der Fossa supratonsillaris nach dem Vorgehen von Killian (Worms). (A propos du traitement de la périamygdalite phlegmoneuse par la discision de la fosette suramygdalienne, suivant le procédé de Killian [Worms].)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 11. 1911.*

Protest gegen die irrige Auslegung seiner Technik in einer Analyse der Thèse M. Ryssebey's: Ueber die Behandlung peritonsillärer Abscesse in No. 11 der Presse oto-laryngologique belge.

PARMERTIER.



Discussion über die Tonsillen: (14. Jahresversammlung der Medical Society of the State of California.) *California State Journal of Medicine. December 1910.*

65) **Langley Porter. Die Enucleation der Tonsille vom Standpunkt des practischen Arztes. (The enucleation of the tonsil from the standpoint of the general medical man.)** *Referat.*

Ref. betont die Bedeutung der Tonsillectomie vor allem, um chronischen Toxämien und Infectionen vorzubeugen.

66) **Albert J. Houston. Die Enucleation der Tonsillen, eine chirurgische, nicht eine radicale Maassnahme. (The enucleation of the tonsil, a surgical, not a radical procedure.)** *Referat.*

Die Tonsillectomie ist radical nur in dem Sinne, als sie eine gründliche und vollständige Operation darstellt, wie jede andere chirurgische Operation, welche die Entfernung erkrankten Gewebes zum Ziele hat.

67) **Hill Hastings. Die pathologische Histologie der Tonsille. (The pathological histology of the tonsil.)** *Referat.*

Discussion:

W. E. Tilley benutzt bei der Tonsillectomie den Finger zum Enucleiren und zuletzt die Schlinge. Er operirt in Narkose.

T. C. Mc Cleave betont vom Standpunkt des practischen Arztes die Wichtigkeit der Tonsillectomie. Er verwirft die Tonsillotomie ganz. Die Aerzte sollten Specialisten, die noch die Tonsillotomie anstatt der Tonsillectomie machen, keine Patienten schicken.

Kasper Pischel benutzt zum Abschnüren des Stumpfes nicht die kalte, sondern die galvanokaustische Schlinge.

EMIL MAYER.

68) **Mann** (Dresden). **Die Technik der Mandelexstirpation.** *Med. Klinik. 21. 1911.*

Operation nur in Localanästhesie; Auspräpariren der Tonsillen mittelst krummer Scheere.

SEIFERT.

69) **J. Moskovitz** (Budapest). **Tonsillotomie und Tonsillectomie.** *Orvosok lapja. No. 46. 1910.*

Verf. hat zwar die Tonsillectomie niemals versucht, erweist sich aber nichtsdestoweniger als starker Gegner dieses Verfahrens.

POLYAK.

70) **G. Mahu. Behandlung der hypertrophischen Gaumenmandeln. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales palatines. Amygdalectomie.)** *Presse Médicale. No. 28. 1911.*

Eine gedrängte Uebersicht über die Technik der Mandeloperationen. Die vom Autor verwendeten Instrumente sind abgebildet, desgleichen die verschiedenen Tempi der betreffenden Operation. Die echte Amygdalectomie, im amerikanischen Sinne, wird nicht beschrieben. Mahu begnügt sich, bei Erwachsenen die Mandeln mit dem Morcelleur von Ruault herauszutrennen. Bei Kindern empfiehlt er, wenn die Mandeln nicht gestielt sind, die Glühschlinge oder die kalte Schlinge mit dem Instrument von Vacher.

LAUTMANN.

71) **S. Syme. Ueber die Ausschälung der Mandel wegen chronischer Entzündung. (Enucleation de l'amygdale dans les affections chroniques.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXXI. No. 1.*

Obzwar ein Anhänger der Tonsillectomie, will Syme dieselbe doch nicht in allen Fällen angewendet wissen, denn die Operation ist schwer und gefährlich, auch ist die Reconvalescenz nach derselben länger wie nach der einfachen Tonsillotomie. Bei Kindern ist die Gelegenheit, dieselbe auszuführen, überhaupt seltener, da es zumeist genügen wird, die Mandel zu amputiren und für eine ordentliche Pflege der Zähne durch einen Zahnarzt zu sorgen. Die Technik, die der Autor befolgt, weist keine Besonderheiten auf. Zur Anästhesie wird Cocain, aber auch Chloräthyl und auch Chloroform gebraucht.

LAUTMANN.

72) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Tonsillectomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Die Indicationen für Erwachsene sind nach Verf. folgende:

1. Wiederholte Anfälle acuter Tonsillitis.
2. Wiederholte Anfälle von peritonsillären Abscessen.
3. Tonsillitis lacunaris chronica, die besondere Symptome verursacht.
4. Wenn der Patient schon einmal eine ernstliche Infection, die von den Mandeln ausging, durchgemacht hat.
5. Adenitis colli (oft tuberculös und tonsillären Ursprungs).

Die Technik des Verf.'s stimmt im Grossen und Ganzen mit der gewöhnlichen Technik überein. Er empfiehlt besonders eine Zange zum Hervorziehen der Mandel (Abbildung) und die Ausführung der Operation mittels kalter Schlinge.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

73) **Wm. C. White. Tonsillectomie bei Kindern mit tuberculöser Veranlagung. (Tonsillectomy as a positive practice in children of a tuberculous diathesis.)** *Kentucky Medical Journal. 1. November 1910.*

Verf. betrachtet die zwischen den Gaumenbögen versteckten Tonsillen als tuberculöser Natur. Von 300 operirten Fällen wurden 84 weiterhin sorgfältig beobachtet; allen ging es gut bis auf 3, die sich bereits im vorgerückten Stadium der Tuberculose befanden, als sie operirt wurden.

EMIL MAYER.

74) **F. Erbrich. Ueber die totale Enucleation der Gaumentonsillen. (O zupelnem wyluszczeniu migdalków spodniebiennych [enucleatio tonsillarum]. Opis wlasnej metody operacyjnej.)** *Gazeta Lekarka. No. 3. 1911.*

Nachdem der Verf. die Operationsstelle entsprechend anästhesirt, zieht er mittels einer gekrümmten chirurgischen Nadel einen langen Seidenfaden durch die Mandel, so tief wie möglich, und zwar in der Richtung von oben nach unten. Durch das Anziehen des Fadens wird die Mandel nach innen nach der Mundhöhle gezogen, der grösste Theil ragt über den Gaumenbogen hinaus. Die Verwachsungen mit den Bögen treten deutlich hervor und können leicht getrennt werden. Dieses Verfahren bietet sowohl für den Operirenden als auch für den Operirten viele Vortheile, denn die Anwendung der Mandelzangen fällt

weg und oft kann man die Operation auch ohne Anwendung des Gaumenspatels ausführen.

Während der Operation reisst die Ligatur gewöhnlich nicht, auch verletzt sie die Tonsillengewebe durchaus nicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

75) **K. Kofler** (Wien). **Unsere Erfahrungen mit der Tonsillectomie (Radicaloperation der Tonsille).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 45. S. 321. 1911.*

K., Assistent an der Klinik von Prof. Chiari in Wien, zählt vorerst die Indicationen auf, die zur Tonsillectomie berechtigen; bei dieser Gelegenheit erwähnt er den Fall eines 25jährigen Collegen, bei dem am 9. Tage nach einer schweren Angina eine Poliomyelitis sich einstellte.

Im kindlichen Alter ist die Tonsillectomie wohl kaum nothwendig. Jeder Tonsillectomie sollte eine allgemeine Körperuntersuchung vorausgeschickt werden. Bei einer 32jährigen Frau stellte sich am Tage der Operation eine bedeutende Nachblutung ein, die durch Kälte gestillt wurde. Am folgenden Tage fiel Patientin während des Herumgehens im Zimmer plötzlich um und starb. Obduction: Mitralstenose und Status lymphaticus. Bei einer zweiten, ebenfalls 32jährigen Frau, die an chronischer Nephritis litt, war die Blutung erst durch Unterbindung der rechten Carotis externa zu stillen.

Vor und nach der Operation sind desinficirende Tabletten zu gebrauchen und während der ersten 4—5 Tage nach der Operation Pinselungen mit concentrirter Wasserstoffsuperoxydlösung vorzunehmen.

Zum Ablösen der Tonsille wird ein Raspatorium aus dem Freer'schen Bestecke zur submucösen Septumresection verwendet und dann die freigelegte Tonsille mit der kalten Schlinge abgeschnürt. Die Erfahrungen des Autors beziehen sich auf 150 Fälle.

OPPIKOFER.

76) **Benjamin D. Parish. Hautemphysem als ungewöhnliche Complication nach Entfernung der Tonsillen. (A case of subcutaneous emphysema following removal of faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. November 1910.*

Zehn Minuten nach der Operation der Gaumenmandeln in Aethernarkose trat beschleunigtes Athmen und Pulsbeschleunigung bis 128 und Cyanose ein, sowie ausgedehntes Hautemphysem der Halsregion, der Wangen und des rechten Augenlids. Bei Extensionshaltung des Halses nahm das Emphysem zu, bei Flexionsstellung blieb es stationär. Dds Emphysem wurde innerhalb 3 Tagen resorbirt.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

77) **C. V. Mackay. Behandlung von Halsentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der Diphtherie. (Treatment of sore throat with special reference to diphtheria.)** *Australian Medical Journal. 20. März 1911.*

Verf. betont die Nothwendigkeit der Anwendung grosser Antitoxingaben bei Diphtherie. Bei schweren Fällen, die bereits einige Tage lang bestehen, wendet

er 16000—30000 I.-E. mit einem Male an und wiederholt diese Dose in 12 Stunden, falls nicht Temperaturabfall mit Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten ist.

A. J. BRADY.

78) **B. L. Arms** und **E. Marion Wade. Virulenzproben für Diphtheriebacillen. (Tests of the virulence of diphtheria bacilli.)** *Journal American Medical Association. 18. März 1911.*

Klinische Diphtherie wird durch virulente Diphtheriebacillen verursacht. In der Regel behalten die Mikroorganismen ihre Virulenz so lange sie vorhanden sind. Gewöhnlich finden sich virulente und avirulente Bacillen nicht in demselben Falle. Ein grosser Procentgehalt der „Bacillenträger“ beherbergt virulente Bacillen, obwohl diese keinerlei Symptome machen. Die Aufhebung der Quarantäne soll in jedem Fall von dem Ausfall der Culturen abgängig gemacht werden.

EMIL MAYER.

79) **V. Guttmann. Ein Fall von chronischer Larynxdiphtherie.** *Casopis lékaruo ceskych. p. 15—75. 1909.*

Die 18jährige Patientin erkrankte unter leichtem, schnell vorübergehendem Fieber und Heiserkeit. Bald wurde die Stimme aphonisch. 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung sah man über den Aryknorpeln, auf den Stimmlippen und subglottisch graugelbe Membranen; bakteriologisch wurden Löffler'sche Bacillen nachgewiesen. Es bestand auch Parese des Nervus laryngeus superior.

WILH. SOBERNHEIM.

80) **Nicola Sforza. Ueber die Intubation und Tracheotomie bei Kehlkopfstenosen infolge Diphtherie und Masern. (La pratica dell'intubazione e della tracheotomia nelle laringostenosi difteriche e morbillose.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1909.*

Die Statistik des Verf.'s umfasst 288 Fälle; von ihnen wurden 178 nur mittels Intubation, 41 nur mit Tracheotomie behandelt. Eine gemischte Behandlung — anfangs Intubation, dann Tracheotomie oder umgekehrt — erfolgte in 71 Fällen.

CALAMIDA.

81) **O. H. Wilson. Intubation in desperaten Fällen. (Intubation in desperate cases.)** *Southern Medical Journal. October 1910.*

Aus seinen Erfahrungen glaubt sich Verf. zu folgenden Schlüssen berechtigt:

Kein Fall ist zu desperat, um die Anwendung der Tube zu contraindiciren. Durch eine sachgemäss vorgenommene Intubation wird die Gefahr in einem gewöhnlichen Falle von Kehlkopfdiphtherie nicht vermehrt. Die Resorption der Membranen geht bei Kehlkopfdiphtherie zu langsam für die Wirkung des Antitoxins vor sich.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Julius Tandler** und **Siegfried Gross** (Wien). **Ueber den Einfluss der Kastration auf den Organismus.** *Archiv für Entwickelungsmechanik der Organismen. Heft 1. 1909.*

Bei einem 28jährigen, in nubischer Weise verschnittenen Neger wurde der

Kehlkopf auffällig klein gefunden, die Prominentia laryngea war kaum angedeutet. Die Laminae thyreoideae bilden untereinander einen stumpfen Winkel, ähnlich wie am kindlichen Kehlkopf. Das Kehlkopflumen ist ebenso auffällig klein, das Ligamentum vocale ist 14 mm lang. Der grösste Durchmesser der Kehlkopflichtung in Höhe der Cartilago cricoidea misst 13 mm. Im Ganzen trägt der Kehlkopf nicht das Gepräge eines männlichen Kehlkopfes, sondern gleicht in Form und Dimensionen dem eines grossen Kindes.

WILH. SOBERNHEIM.

83) **J. Trumpp** (München). **Ueber eine anatomisch und klinisch bemerkenswerthe Anomalie des Laryngotrachealrohres nebst kritischen Bemerkungen über die Aetiologie des Stridor laryngis congenitus.** *Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 50. 1909.*

Es handelt sich um den Larynx eines $1^1/_2$jährigen an Miliartuberculose verstorbenen Kindes, bei dem fast völlige Aplasie des Ringknorpels und der beiden ersten Trachealknorpel bestand. Den Ersatz für diese Knorpeldefecte bildet fibröses Bindegewebe. In vivo bestand keine auf die bestehende Missbildung hindeutende Functionsanomalie des Kehlkopfes.

WILH. SOBERNHEIM.

84) **Georg Neumann** (Landsberg a. W.). **Zur Therapie des Stridor laryngis congenitus.** *Therapeutische Monatshefte. 1910.*

Verf. faradisirte in einem Fall von Stridor laryngeus congenitus, der wahrscheinlich auf Posticusschwäche beruhte, mit gutem Erfolg.

WILH. SOBERNHEIM.

85) **Kahler. Linksseitige Recurrenslähmung.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. Februar 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1911.*

Die linksseitige Recurrenslähmung war im citirten Falle bedingt durch eine beträchtliche Verengerung des linken Bronchus infolge Druckes von Seiten eines dilatirten linken Vorhofes. Der linke Stammbronchus wird auf diese Art mehr und mehr in die Aortencavität hineingepresst, wodurch der Recurrens leicht comprimirt wird (O. Stoerk).

HANSZEL.

86) **Gignoux. Ein Fall von combinirter Larynxlähmung nach Trauma. (Un cas de paralysie laryngée associée d'origine traumatique.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1910.*

Ein Mann von 34 Jahren klagt seit einem Trauma (Basisfractur vor 2 Monaten) über Schwerhörigkeit, Stimmstörung, Behinderung in der Beweglichkeit der linken Schulter und des Halses. Bei der Untersuchung findet man: Gaumensegel frei, Zunge gut beweglich, Stirn- und Unterkieferast des linken Facialis gelähmt, linkes Stimmband unbeweglich, an einigen Stellen der Cadaverstellung gleichkommend. Bei der Phonation unbeweglich, wird es vom rechten Stimmband nicht berührt. Keine Sensibilitätsstörungen. Totale Taubheit. Lähmung des Musculus trapezius und sternocleidomastoideus links. Puls normal. Der Autor bezeichnet die Form als dem Typus von Tapia zugehörig.

LAUTMANN.

87) **A. Onodi** (Budapest). **Durch Brusthöhlentumor verursachte Störungen des Kehlkopfes und des Auges.** *Orvosi Hetilap. No. 19. 1909.*

Ein 36 Jahre alter Mann starb an Mediastinalgeschwulst. Intra vitam ist Lähmung der rechten Stimmlippe, welche in der Respirationsstellung stand, und Erweiterung der rechten Pupille beobachtet worden. Die Obduction wies eine sarcomatöse Geschwulst nach, welche den Stamm des rechten unteren Kehlkopfnerven berührte. Die Nervenstämme sind von Broeckaert untersucht worden, die linke war ganz gesund, rechts fand sich ein beginnender Zerfall der Markhüllen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

88) **M. Sebba. Beiträge zur Kenntniss der Stimmbandlähmungen.** *Dissertation. Rostock 1908.*

Verf. bespricht die Aetiologie der Stimmbandlähmungen peripheren Ursprunges und weist darauf hin, dass in vielen Fällen erst die Section die richtige Aetiologie aufdeckt. Er hat aus der Litteratur diejenigen Fälle zusammengesucht, bei denen zu Lebzeiten durch die laryngoscopische Untersuchung die Lähmung sicher gestellt war, und dann die Section einwandsfrei die Ursache der Lähmung nachwies.

OPPIKOFER.

89) **Georg Cohn** (Königsberg). **Beitrag zur Frage der linksseitigen Recurrenslähmung infolge von Mitralstenose.** (Aus der Kgl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1 1910.*

Ausführliche Krankengeschichte mit Abbildung des Radiogramms. Als Ursache der Recurrensparese liegen folgende Möglichkeiten vor:

1. Druck des dilatirten linken Vorhofs.
2. Indirecter Druck durch den linken Vorhof durch Compression des linken Herzohrs oder der Arteria pulmonalis.
3. Abnormer Verlauf des Ductus Botalli.
4. Neben dem Herzfehler bestehende peribronchiale oder peritracheale Lymphdrüsenschwellungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

90) **G. Gilardini. Ueber einen Fall von Avellis'schem Symptomencomplex. (Sopra un caso di sindrome di Avellis associata.)** *Gazetta degli ospedali. Mai 1911.*

37 jährige Frau mit linksseitiger Kehlkopf-Gaumenlähmung, Parese des Cucullaris und Sternocleido-mastoideus derselben Seite und des linken Abducens. Verf. erklärt den Fall als hervorgerufen durch eine Polyneuritis rheumatica.

CALAMIDA.

91) **A. Sikkel** (Haag). **Ein Fall von Vago-Accessoriuslähmung. (Een geval van vago-accessoriusverlamming.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 13. 1910.*

Nach kurzandauernden Halsschmerzen acut entstehende Lähmung der linken Gaumenhälfte, des linken Stimmbandes, welches gleich in Hyperabduction fixirt ist, des Rachens und des Cucullaris und Sternocleido links. Zugleich starker Halskatarrh. Heilung. Der Fall hat insofern eine Aehnlichkeit mit dem

bekannten Saundby'schen Fall, als er mit dem Semon'schen Gesetz unvereinbar scheint.

(Vergl. den Sitzungsber. der XIX. Vers. der Niederl. Ges. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenh., Juni 1910. Leiden.)

H. BURGER.

92) **Carlo Quadrone. Klinische und radiologische Studie über die Lage des Herzens, des Aortenbogens und des Oesophagus bei schweren Kyphoskoliosen. Lähmung des linken Stimmbandes bei Wirbelsäulenverkrümmungen, der Mechanismus ihrer Entstehung und ihre Häufigkeit. (Studio clinico e radiologico sulla disposizione del cuore, dell'arco aortico e dell'esofago nelle gravi cifo-scoliosi dorsali. Paralisi della corda vocale sinistra nelle deviazioni del rachide; suo meccanismo di produzione e sua relativa frequenza.)** *Rivista critica di Clinica medica. 1910.*

In 2 von 8 laryngoskopisch untersuchten Fällen von Kypho-Skoliose fand sich linksseitige Recurrenslähmung. Sie soll nach dem Verf. zustande kommen dadurch, dass der Nerv infolge Senkung und Achsendrehung des Aortenbogens gezerrt wird.

Der Oesophagus folgt bei der dorsalen Kypho-Skoliose der Wirbelsäulenkrümmung nicht; dies ist nur ausnahmsweise der Fall und dann ist der der Wirbelsäule adhaerente Theil des Oesophagus dilatirt.

CALAMIDA.

93) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber Brust-, Mittel- und Falsettstimme.** *Passow's Beiträge etc. Bd. 4. S. 271. 1911.*

Die Frage, wie die Brust- und Falsettstimme zustande kommt, hat bereits eine grosse Reihe von Autoren beschäftigt. Die Untersuchungen wurden anfangs am aufgeschnittenen Kehlkopf vorgenommen, später nach Erfindung des Kehlkopfspiegels wurde dieser zu den Beobachtungen verwendet. Aber erst bei Benutzung physikalischer Apparate, des Stroboskopes, wurde es möglich die Schwingungen der Stimmlippen sowie die genaue Arbeit der Kehlkopfmuskeln bei der Bildung der Brust- und Falsettstimme näher zu studiren. Eine weitere Bereicherung unserer Kenntnisse von dem Muskelmechanismus des Kehlkopfes bei Brust- und Falsettstimme brachten dann die Thierversuche. So fanden Katzenstein und du Bois-Reymond bei ihren Versuchen am Kehlkopf des lebenden Thieres, dass alle Schliess- und Spannmuskeln bei den an Hunden erzeugten Brusttönen gleichmässig wirken; bei den an Hunden erzeugten Falsetttönen dagegen wirken einzig die Spanner des Kehlkopfes, die Mm. thyreo-cricoidei stark, die Schliesser nur wenig.

Während nun nach den bis heute vorliegenden Untersuchungen die Muskelarbeit des Kehlkopfes bei Brust- und Falsettstimme sowie der Schwingungsmodus der Stimmlippen bei der Bildung der Bruststimme genügend geklärt ist, bestehen noch verschiedene Auffassungen über den Schwingungsmodus der Stimmlippen bei der Falsetttonbildung. Auch ist die Frage noch nicht endgültig gelöst, welche Anforderungen an die Atmung während der verschiedenen Register gestellt werden, und endlich fehlt der Nachweis, ob es mehr Register gibt als Brust- und Falsettstimme. Ueber die beiden letztgenannten Punkte hat nun Katzenstein Untersuchungen angestellt.

Verf. hat, um eine genaue Kenntnis von den Atemvorgängen bei der Brust- und Falsettstimme zu gewinnen, während der Tonbildung in beiden Registern die Atembewegungen bei einer grösseren Reihe von Männern und Frauen graphisch aufgenommen. Diese Registrirungen ergaben, dass beim Kunstsänger und beim Dilettanten im Gegensatz zum Natursänger die Atemführung in der Weise geändert wird, dass während der Falsetttonbildung im ganzen Falsetttonbereich mit einem weit geringeren Aufwand von Atemluft gesungen wird, als bei der Brusttonerzeugung.

Im Ferneren hat K. zur Förderung unserer Kenntnisse über die Registerfrage photographische Tonaufnahmen aus dem gesamten Stimmumfang bei ausgebildeten Sängern und Dilettanten angefertigt, mit Hilfe des Marten'schen Apparates. Sämmtliche Analysen ergaben übereinstimmend, dass der Falsettton sich weit mehr einem reinen Sinuston nähert als der Brustton und dass bei diesem letzteren die Obertöne weit mehr und weit stärker in die Erscheinung treten. Wahrscheinlich ist, dass die Stärke der Obertöne nicht proportional der Stärke des Gesammttons wächst. Hervorzuheben ist der Umstand, dass bei einem der Kunstsänger die Voix mixte mehr oder stärkere Obertöne aufwies als die Falsettstimme, also wirklich eine Mittelstufe zwischen Falsett- und Brustton bildete.

Am Schluss der gründlichen Arbeit gibt K., gestützt auf seine früheren Arbeiten und auf die bei der jetzigen Arbeit durch Registrirung der Athembewegungen und durch Klanganalyse gewonnenen Resultate, eine Schilderung der drei Register, der Brust-, Mittel- und Falsettstimme.

OPPIKOFER.

94) **G. Hudson Makuen. Nomenclatur der Sprachstörungen. (Nomenclature of defects of speech.)** *The Laryngoscope. November 1910.*

Wenn der Stotterer geeigneten Respirations-, Phonations- und Articulationsübungen unterworfen wird und er dazu gebracht werden kann, sich genügend lange Zeit für diese zu concentriren, so werden die Uebungen practischen Erfolg haben.

EMIL MAYER.

95) **Zumsteeg** (Berlin). **Ueber Phonasthenie.** (Aus der Klinik für Hals- und Nasenkranke der Kgl. Charité zu Berlin.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Verf. erläutert die verschiedenen Formen der Stimmstörungen an der Hand von Krankengeschichten zum Zweck der Befürwortung einer rein physiologisch sich aufbauenden Diagnostik und der daraus sich ergebenden Therapie.

Bei der Diagnostik handelt es sich um die Feststellung der Athemfunktion, der Stimmfunktion und um Articulationsprüfung.

Die Therapie im allgemeinen besteht in systematischen Athmungs- und Stimmübungen, die im Einzelfalle in den Krankengeschichten wiedergegeben sind. Für jede der Hauptgruppen der Stimmerkrankungen (Entwicklungs- und Berufsstörungen) werden Beispiele angeführt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.).

96) **H. Stern** (Wien). **Die physiologischen Grundbedingungen einer richtigen Stimmbildung.** *Monatsschr.. f. Ohrenheilkde. Bd. 45. S. 374. 1911.*

Verf. bespricht vorerst die wesentlichen Punkte bezüglich der Athmung, da

diese als Vorbedingung jeder stimmlichen Function von grösster Wichtigkeit ist. Für eine bestimmte Gesangsleistung darf nur ein ganz bestimmtes Quantum an Luft verwendet werden. Der Weg der Athmung beim Sprechen und Singen ist der Mund- und nicht der Nasenweg. Ausführlich wird dann besprochen die Art und Weise der Stimmbildung, der Stimmeinsatz. Die physiologischen Grundbedingungen einer richtigen Stimmbildung fasst der Autor in 8 Schlusssätzen zusammen. Aus diesen sind besonders folgende Stellen hervorzuheben: Die Stellung des Larynx beim Singen unterliegt sowohl bei Natursängern als bei geschulten Sängern individuellen Verschiedenheiten; doch sind die Bewegungen des Kehlkopfes bei geschulten Sängern meist nur geringe. Zwischen den Bewegungen des Articulationsrohres und denen des Kehlkopfes bestehen innige Beziehungen. Eine richtige Vocalbildung ist für die Bildung der Stimme von grösster Bedeutung. Bei der Stimmbildung ist das grösste Gewicht auf eine Disciplin des Hörens zu legen; ein richtiges Muskelgefühl und ein treues Muskelgedächtnis sind neben einem feinen Gehör die Stützpunkte für den Sänger.

OPPIKOFER.

97) **E. B. Scripture. Ursache und Behandlung fehlerhafter Mutation. (The cause and treatment of defective mutation of the voice.)** *Journal American Medical Association. 11. Februar 1911.*

Eine Untersuchung des Kehlkopfes ergiebt in diesen Fällen, dass die Stimmlippen ausserordentlich durchscheinend und weiss und augenscheinlich sehr straff gespannt sind. Eine Untersuchung von aussen zeigt, dass beim Sprechen oder Singen der Kehlkopf hoch nach oben unter die Zunge und oft ziemlich weit nach vorn gegen das Kinn zu gezogen wird. Es kommt dies augenscheinlich zustande durch eine übermässige Contraction der inneren und äusseren Kehlkopfmuskeln, wobei die Stimmlippen zu straff gespannt werden. Diese Uebercontraction findet sich nur beim Sprechen und Singen und beruht ganz auf nervöser Basis.

Die Behandlung hat damit zu beginnen, dass man den Patient lehrt, sehr tiefe Töne zu singen. Allmählich werden diese Töne immer natürlicher herauskommen. Allmählich bringt man die Stimmlage immer höher, bis der Patient in der normalen Höhe singt. Eine andere Uebung besteht darin, dass man Phrasen auf einzigen tiefen Ton singen lässt und allmählich zu einer immer höheren Tonlage übergeht. Eine dritte Uebung besteht darin, dass man die ersten zwei Worte eines Satzes auf einem tiefen Ton singen und den Satz dann sprechend beendigen lässt, eine vierte darin, dass bei Sing- und Sprechübungen der Patient den Kehlkopf nach unten und hinten drückt, indem er die Finger gegen das Zungenbein und das Pomum Adami legt. Die Behandlung führt oft schon in ein bis drei Wochen zum Ziel.

EMIL MAYER.

98) **G. Pinaroli. Kehlkopfwunden. (Ferite della laringe.)** *Arch. Ital. di Otologia. März 1911.*

Es empfiehlt sich stets, die Knorpel, Muskeln und Haut zu nähen, jedoch die Enden der Wunden offen zu lassen, um Emphysem und Sepsis zu vermeiden. Die Tracheotomie ist bei allen Wunden, die sich auf die Epiglottis und Glottis erstrecken, unerlässlich und muss den ersten und hauptsächlichen Eingriff dar-

stellen. Die tiefe Tracheotomie ist vorzuziehen, damit die Canüle genügend weit von der Wunde zu liegen kommt und die verletzten Theile nicht reizt.

CALAMIDA.

99) **Rudolf Steiner** (Prag) **Zur Kenntniss der Kehlkopfverletzungen und deren Behandlung.** *Prager med. Wochenschr. XXXVI. No. 20. 1911.*

Verf. weist auf die Seltenheit der durch Unfälle hervorgerufenen Verletzungen des Kehlkopfes hin (Infractionen, Fracturen, Luxationen u. s. w.) und erörtert im Allgemeinen unter gleichzeitiger Mittheilung der Krankengeschichte eines diesbezüglichen im laryngologischen Institut der deutschen Universität in Prag (Vorstand Prof. F. Pick) beobachteten und vom Verf. im Aerzteverein demonstrirten Falles von schwerer Unfallverletzung des Kehlkopfes die therapeutischen und prognostischen Gesichtspunkte bei Larynxverletzungen.

Es werden die verschiedenen Heilmethoden der chronischen aus Traumen sich entwickelnden Laryngo- und Trachealstenosen narbiger Natur einer ausführlichen kritischen Besprechung unterworfen, und zwar sowohl die operativen als auch die dilatatorischen. Das letztere Verfahren bewährte sich auch mit dem besten Erfolge in dem vom Autor erwähnten Fall, bei dem es im Laufe mehrerer Monate zu einer hochgradigen Larynxstenose mit einer der sehr seltenen einseitigen Ankylosen des Arytaenoid-Gelenkes unter Fixation der zum grössten Theil narbig verschrumpften Kehlkopfhälfte gekommen war. Mit Hülfe des durch mehrere Monate systematisch fortgesetzten Verfahrens der methodischen Dilatation durch Einführung von Röhren (Intubation) und Schrötter'schen Zinnbolzen gelang es, die früher fast complette Stenose des Larynx zu beseitigen. Eine vollständige Heilung des Mannes konnte allerdings nicht erzielt werden, weil die hier ausserordentlich schwere Kehlkopfverletzung (wuchtiger Stoss mit einer eisernen Brechstange gegen die linke Halsseite) eine restitutio ad integrum nicht eintreten liess, indem die durch Narbenheilung entstandenen Narbencontracturen die einseitige Ankylose des Arytaenoid-Gelenkes mit Fixation des linken Stimmbandes zur Folge hatte, wodurch ungeachtet des glänzenden Resultates, das die Behandlung der Narbenstenose ergab, der Kranke auch nach seinem Decanulement seinem bisherigen schweren Berufe verloren blieb.

Verf. berichtet weiter an der Hand eines reichen Litteraturmaterials über die Betheiligung der verschiedenen Knorpel des Kehlkopfgerüstes bei Larynxverletzungen und warnt vor der bis jetzt allgemein getheilten optimistischen Auffassung der Prognose der Kehlkopfcontusionen, indem er den dubiosen Charakter der Vorhersage durch die wenigen bekannt gewordenen Fälle von Kahler, Finder und Hurwitz zu beweisen sucht, bei welchen eine restitutio ad integrum ebenfalls nicht eingetreten ist. Im Gegensatz dazu kann die Prognose quoad vitam in den meisten Fällen von Kehlkopfverletzungen eine gute genannt werden, da selbst die hochgradigsten im Verlauf von Larynxläsionen auftretenden Stenosen durch die heute auf das höchste entwickelten technischen Behandlungsmethoden heilbar sind und auch bei hochgradigsten Fällen von Verengerungen des Kehlkopfes die Athmung durch Tracheotomie wiederhergestellt und damit die Lebensgefahr wieder beseitigt werden kann.

Von den operativen Methoden für Fälle, bei welchen die Dilatationsbehandlung mit den Schrötter'schen Zinnbolzen das definitive Decanulement nicht beseitigt, kommt als beste die Laryngostomie in Betracht, die in den letzten Jahren als die souveräne Methode der Behandlung bei schweren, bis jetzt unheilbaren laryngealen und laryngotrachealen Narbenstenosen mit vorzüglichem Erfolg angewendet wird.

AUTOREFERAT.

f. Schilddrüse.

100) **E. W. Mooney. Congenitaler Kropf. (Congenital goiter.)** *Archives of Pediatrics. December 1910.*

Verf. berichtet über 6 Fälle. In allen war die Mutter Kropfträgerin; 5 von diesen waren Mehrgebärende und nur eine Erstgebärende. Eine der Mütter hatte vor der Entbindung Zucker im Harn. In einem Falle hatte Mutter und Grossmutter Kropf, in einem anderen Mutter und zwei Schwestern.

EMIL MAYER.

101) **Sanderson** (Riga). **Die Schilddrüse vom 15. bis 25. Lebensjahre aus der norddeutschen Ebene und Küstengegend, sowie aus Bern.** *Dissertation. Bern 1911.*

Verfasserin schliesst ihre Arbeit an diejenige von Isenschmid (Internat. Centralbl. 1910) an, welche die Unterschiede der Schilddrüsen aus den genannten Gegenden vom 6. Lebensmonat bis zum 15. Jahre behandelt. Es wurden untersucht 10 Schilddrüsen aus Kiel, 4 aus Königsberg, 4 aus Berlin, 14 aus Bern.

Das Durchschnittsgewicht der norddeutschen Schilddrüsen war 23 g, dasjenige der Berner 36 g. Entsprechend verhält sich das Volumen. Im Gebirge findet man grosse Drüsenbläschen von ca. $1/2$ mm, in der Ebene kleine meist unter $1/4$ mm Durchmesser, dort also eine relativ geringere Zahl von Bläschen. Hieraus ergäbe sich, dass im alpinen Gebiet die innere secernirende Oberfläche der Drüsen bedeutend vergrössert ist, also entsprechend stärker functionirt. Die Berner Schilddrüsen zeigten ferner viel Kalkoxalat, die norddeutschen keines, dagegen haben erstere weniger Colloid in den Lymphgefässen und den Lymphspalten der Strumen als letztere.

Die mikroskopischen Schnitte erläutern die einzelnen Ergebnisse gut.

JONQUIÈRE.

102) **E. Schultheiss. Ueber Erblichkeit bei Morbus Basedowii.** *Jena 1909.*

1. Wir müssen ein hereditäres und familiäres Vorkommen des Morbus Basedowii annehmen. 2. In Basedow-Familien ist häufig eine gleichzeitige Belastung mit Constitutionskrankheiten und Erkrankungen des Nervensystems zu beobachten; besonders häufig sind dabei Diabetes mellitus und die Neurosen.

OPPIKOFER.

103) **Kraus** (Kurhaus Semmering). **Zur Klinik des Morbus Basedowii und seines Grenzgebietes.** *Med. Klinik. 5. 1911.*

Auf Grund eines grossen Beobachtungsmaterials macht Kr. auf das Vorkommen von typischen Schmerzanfällen im Bereich des Abdomens und auf das

Moment der vermehrten Wärmestrahlung durch die Haut aufmerksam und geht auf die „Grenzfälle" des Morbus Basedowii ein, deren diagnostische Unterbringung gewisse Schwierigkeiten bereitet.

SEIFERT.

104) **Charles H. Mayo. Eine Betrachtung über die chirurgischen Methoden zur Behandlung des Hyperthyreoidismus. (A consideration of surgical methods of treating Hyperthyreoidism.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1910.*

In St. Mary's Hospital wurden wegen Basedow über 1100 Patienten operirt. Die Mortalität nach der Unterbindung betrug $3^7/_{10}$ pCt., nach der Exstirpation $3^9/_{10}$ pCt. Ungefähr 70 pCt. der Patienten betrachteten sich selbst als geheilt, die anderen gebessert. Unglücklicherweise wurden diese erst operirt, als schon erhebliche secundäre Degenerationserscheinungen vorhanden waren. Die Operation wurde gewöhnlich unter Aether gemacht, vorher wurden $^1/_{100}$ g Atropin und $^1/_6$ g Morphium injicirt. Bei schwerem Allgemeinbefinden oder Herzcomplicationen wird gelegentlich Localanästhesie gemacht.

EMIL MAYER.

105) **Morestin. Partielle Thyroidectemie bei Basedow. (Thyroïdectomie partielle dans le goître exophtalmique.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. April 1911.*

Ein Fall von Basedow ist vom Autor durch keilförmige Stückchen-Excision in beiden Strumahälften mit bestem Erfolg operirt worden. Morestin hat diese Operation bereits im Jahre 1899 empfohlen.

LAUTMANN.

g. Oesophagus.

106) **G. W. Hill. Maligne Speiseröhrenstrictur. (Malignant stricture of the oesophagus.)** *Medical Society of London. Lancet. 25. Februar 1911.*

Intubation und Radiumapplicationen werden empfohlen. Wenn möglich soll eine Symond'sche Tube auf endoskopischem Wege in die Strictur eingeführt werden. Ein besonderes Oro-ösophagealrohr aus rothem Gummi, mit Fischbein gesteift, wird für die Fälle beschrieben, in denen die Anwendung des Symondschen Rohres unmöglich ist. Häufig, nachdem das Rohr ein paar Wochen in situ gewesen, können feste Speisen geschluckt werden. 22 Fälle konnten mit Radium behandelt werden. Es wurden 50—200 mg angewandt und 12—24 Stunden liegen gelassen. In einigen Fällen wurden 6 Applicationen gemacht: 4 Fälle temporärer Heilung, 6 Fälle ausgesprochener Besserung, 7 etwas gebessert, 5 unverändert oder schlechter.

A. J. WRIGHT.

107) **Guisez. Ueber die augenblickliche Auffassung des Oesophaguskrampfes. (Ce que doit être actuellement la conception des spasmes de l'oesophage.)** *La Presse Médicale. No. 22. 1911.*

Der Speiseröhrenkrampf ist eine functionelle Neurose nur zu Beginn der Krankheit und kann da den Namen Oesophagismus führen. Später stellen sich Läsionen ein, die die Krankheit ihres transitorischen Charakters berauben und zu Dauerzuständen führen, die namentlich als Speiseröhrendivertikel und idiopathische Dilatation der Speiseröhre bekannt sind. Auf diese Zustände hat Guisez

schon wiederholt hingewiesen und fasst er in diesem mehr für die practischen Aerzte geschriebenen Artikel seine aus früheren Publicationen und Demonstrationen bekannten Erfahrungen zusammen. Mehrere Abbildungen zeigen, was man während der Oesophagoskopie solcher Fälle von Oesophagusspasmus sehen kann. Die Behandlung erfolgt mittels Dilatation und hat Guisez den Dilatator von Gottstein speciell modificirt.

LAUTMANN.

108) **Heyrovsky. Hochgradige Dilatation der Speiseröhre.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 17. Februar 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 8. 1911.*

Durch Anlegung einer Anastomose des Oesophagus mit dem Magen geheilt. Als interessantes Symptom wurde laryngoskopisch constatirt, dass gelegentlich des Luftschluckens durch eine Luftblase im Oesophagus die Trachea comprimirt wurde.

HANSZEL.

109) **Gaté** und **Barjon** (Lyon). **Oesophagustumor bei einem Tuberculösen. (Tumeur oesophagienne développée chez un tuberculeux.)** *Lyon médical. No. 1. 1. Januar 1911.*

48jähriger Mann mit Tuberculose, bei dem Schluckbeschwerden, Abmagerung und Erbrechen auftraten. Mit der Sonde wurde die Verengerung der Speiseröhre festgestellt, die sich bei der Section als carcinomatös erwies.

GONTIER de la ROCHE.

110) **Sargnon** und **Vignard** (Lyon). **Gebiss in der Speiseröhre. (Dentier dans l'oesophage.)** *Lyon médical. 12. Februar 1911.*

Am bemerkenswerthesten ist, dass eine — übrigens vorübergehende — rechtsseitige Recurrenslähmung entstand. Der Fremdkörper sass erst im Cervicaltheil, stieg dann allmählich weiter nach unten und wurde mittels des durch die Cardia geführten Graefe'schen Körbchens entfernt.

GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege.

I. Lieferung 3, 4, 5. Herausgegeben von Katz, Preysing und Blumenfeld. Verlag von Curt Kabitzsch, Würzburg.

Die in diesen Lieferungen behandelte topographische Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen ist Onodi zur Bearbeitung übergeben worden, dem wir ja auf diesem Gebiete so manche neue Entdeckung verdanken. Er hat denn auch seine Aufgabe aufs beste gelöst, weil er einmal die anatomischen Verhältnisse absolut beherrscht und dann als Practiker ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie richtig zu würdigen versteht. Seine textlichen Erläuterungen werden durch eine ungemein grosse Zahl von instructiven Abbildungen erläutert, die uns zum Theil aus seinen Publicationen ja wohl bekannt sind, zum Theil — und zwar die farbigen — dem Sobotta'schen Atlas entnommen sind.

Der Beschreibung der äusseren Nase und der Nasenhöhle, in der auch die neuesten Ergebnisse der rhinologisch-anatomischen Forschung berücksichtigt sind, folgt die Besprechung der Nebenhöhlen mit ihren für die Praxis ja so wichtigen Anomalien und ihren Beziehungen zu den Nachbarorganen, insbesondere auch zum Gehirn, die auf zahlreichen Tafeln illustrirt werden und Gelegenheit zur Besprechung der explorativen Gehirnpunction geben. Den Schluss bildet die Besprechung der Gefässe und Nerven der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

A. Rosenberg.

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Januar 1911.

Eckstein demonstrirt eine Patientin, deren Ozaena durch 18 Hartparaffininjectionen geheilt ist, obwohl die Atrophie so hochgradig war, dass immer nur einige Tropfen eingespritzt werden konnten. Hartparaffin vom Schmelzpunkt 50—52°, flüssig injicirt, macht keinen Schaden, dagegen ist Weichparaffin nicht ungefährlich. Die Besserung beruht wahrscheinlich auf einer Umstimmung der Schleimhaut.

B. Fränkel berichtet über die Hüter'sche Paraffinimplantation, die Eckstein nicht empfehlen kann.

Rosenberg, Schötz und Finder sehen gewöhnlich nur Besserungen nach den Paraffineinspritzungen eintreten, die Sch. auf die Einfettung, F. auf die Anregung der Secretion der Schleimhaut zurückführt.

Sobernheim sah in einem Falle vorübergehende Heilung; die Prognose ist daher immer zweifelhaft.

Scheier hat oft ausgezeichneten Erfolg erzielt.

Scheier: Fall von Adenocarcinom der Nase.

Leicht blutender, anscheinend von der unteren Nasenmuschel ausgehender Tumor. Radicale Entfernung des Oberkiefers. Mit Prothese sehr gute Sprache. Es ist zweifelhaft (Finder, Fränkel, Grabower), ob die Geschwulst von der Nase oder von der Oberkieferhöhle ausgegangen ist.

Rosenberg berichtet über ein von der unteren Muschel entspringendes Carcinom.

A. Meyer: Röntgenbefund bei acuter Stirnhöhleneiterung.

Der Schatten der Stirnhöhle schneidet nach oben mit einer scharfen Linie ab, die dem Niveau des flüssigen Inhalts entspricht.

Sitzung vom 10. März 1911.

Benda demonstrirt 2 Präparate von Phlegmone laryngis. In der aryepiglottischen Falte des ersten fanden sich leukocytäre Infiltrate der gesammten tieferen Schichten und besonders eine Localisation in den Lymphgefässen, die mächtig dilatirt, mit leukocytären und Fibrinthromben angefüllt sind. Infectionsträger waren Pneumokokken, während in dem zweiten Fall es sich um eine

Staphylokokkeninfection handelt. Beide Male scheint eine rein metastische Erkrankung vorzuliegen.

Rosenberg glaubt auf Grund mehrerer Beobachtungen, dass oft das primär erkrankte Organ die Tonsille resp. das adenoide Gewebe des Rachens ist.

Halle stimmt dem zu und führt eine entsprechende Beobachtung an.

Lennhoff berichtet über 2 Fälle, von denen der eine tracheotomirt werden musste, während bei dem anderen eine endolaryngeale Excision aus der erkrankten Schleimhaut zur Heilung führte.

Finder fragt nach der Identität der Phlegmone und des Erysipels vom pathologisch-anatomischen Standpunkt.

Kuttner: Die Phlegmone kann im Pharynx und im Larynx beginnen. Sie kann von denselben Mikroorganismen wie das Erysipel ausgelöst werden und beide Processe können miteinander complicirt sein. Sie unterscheiden sich dadurch, dass das Erysipel sich in den oberen Gewebsschichten abspielt und flüchtiger ist als die Phlegmone, die die tieferen Schichten ergreift. Die Prognose ist wegen der Herzschwäche immer vorsichtig zu stellen.

Benda stimmt dem zu. Ein stricter Unterschied zwischen beiden Processen ist hier nicht zu machen; am besten würde man statt von einer Phlegmone von einem Erysipelas phlegmonosum sprechen.

Grabower: Tumor am Oesophagus.

26 cm von der oberen Zahnreihe sieht man im Oesophagoskop einen kirschgrossen rundlichen Tumor, der von der Oesophagusschleimhaut überzogen ist und eine peritracheale Drüse darstellt.

Rosenberg zeigt einen 60 jährigen Patienten mit einem Carcinom des Hypopharynx, der auf der hinteren Platte des Ringknorpels aufsitzt und eine Functionsbeeinträchtigung der Mm. postici hervorgerufen hat. Der Tumor ist mittels der Hypopharyngoskopie in seiner ganzen Ausdehnung sichtbar zu machen.

Sitzung vom 7. April 1911.

Finder stellt eine Patientin mit Tuberkulose des Siebbeins vor ohne sonstige tuberculöse Erscheinungen in der Nase;

Gräffner zwei Fälle von Syringobulbie mit linksseitiger Posticus- und Gaumenlähmung resp. linksseitiger Recurrens- und Gaumenlähmung,

Wischnitz einen Patienten mit grossem syphilitischen Ulcus der Zunge,

Lennhoff einen Fall von Carcinom der Epiglottis, der durch Operation geheilt ist.

Echtermeyer berichtet über einen Patienten mit Carcinom der Epiglottis und der Zungenbasis, der durch die Reicher'sche Behandlungsmethode sowohl in Bezug auf den örtlichen Befund als auch auf das Allgemeinbefinden in überraschender Weise gebessert worden ist.

Reicher berichtet über seine Methode, die in Adrenalininjectionen (0,2—0,3—1,0) besteht und über mehrere günstig beeinflusste Fälle mit malignen Tumoren. Das Adrenalin macht ischämische Nekrosen.

E. Meyer zeigt das Präparat eines Epiglottiscarcinoms, das er mittels Pharyngotomia subhyoidea entfernt hat.

Finder hat einen solchen Fall mit Erfolg endolaryngeal operirt.

Peltesohn berichtet über einen Patienten, der mittels Totalexstirpation behandelt werden musste und schildert genauer die Art seines jetzigen Sprechens.

Rosenberg erwähnt einen ähnlichen Fall; er glaubt, dass die Carcinome der Epiglottis, die nahe dem Rande sitzen, prognostisch günstiger sind als die tiefer sitzenden.

Lennhoff zeigt dann einen an Carcinom der Tonsille operirten Patienten, das Präparat eines Carcinoms des Zungengrundes (Totalexstirpation der Zunge) und eine Patientin mit Lupus des Kehldeckels.

Kuhn: Der perorale Weg zur Keilbeinhöhle und Schädelbasis.

Der pernasale Weg hat den Fehler der Entstellung, eines engen Zuganges, der Zerstörung des Siebbeins und störender Blutung. Diese Fehler vermeidet der perorale Weg, der die perorale Intubation voraussetzt. K. schildert die Ausführung derselben und sein Vorgehen zur Schädelbasis. Er löst den weichen Gaumen quer vom harten ab, meisselt nöthigenfalls die Hamuli pterygoidei ab und erweitert sich für den Bedarfsfall durch subperiostale Resectionen entweder am harten Gaumen oder am Vomer oder an den Muscheln den Zugang. Das Vorgehen ist wenig blutig und verstümmelnd, und gestattet mit einigen Nähten eine restitutio ad integrum. Eine energische Tamponade des Rachens sichert alle Vortheile eines Operirens an der Körperoberfläche. Die Uebersicht ist eine ideale.

Er empfiehlt das Verfahren für Operation der Nasenrachenfibrome, gewisser Erkrankungen der Keilbeinhöhle und der Hypophyse.

Alexander macht auf das autoskopische Verfahren von Gyergyai aufmerksam.

Lennhoff erwähnt die Methode von Schlosser und Hirsch.

Halle berichtet über seine Modification des Kuhn'schen Ansatzrohrs. Er will die Kuhn'sche Methode nur reservirt wissen für maligne Geschwülste und die Tumoren der Hypophyse. Die Keilbeinhöhle soll von der Nase aus angegriffen werden.

Kuhn macht für seine Methode geltend, dass sie einen grossen und weiten Operationstrichter schafft und die Tamponade ein ungestörtes Operiren ermöglicht. Die Concurrenzmethoden sind viel verletzender.

Sitzung vom 12. Mai 1911.

Fischer zeigt eine Patientin mit Pemphigus der Mund- und Rachenhöhle und des Kehlkopfeinganges; das Velum ist mit der hinteren Rachenwand verwachsen.

Finder empfiehlt einen Versuch mit Salvarsan.

Hempel hat einen Fall erfolgreich mit Chinin behandelt.

Finder zeigt 1. das Präparat eines Riesenzellensarkoms der Oberkieferhöhle eines 10 jährigen Knaben; 2. ein Knochenstück, das er einer

37 jährigen Patientin aus dem rechten Bronchus auf natürlichem Wege entfernt hat; 3. eine Patientin mit Syphilis beider Stirnhöhlen und des Siebbeins, bei der ein grosser die vordere Wand der Stirnhöhlen darstellender Sequester entfernt wurde.

A. Meyer berichtet über ein Riesenzellensarkom der Alveole.

Hölscher: Insufficienz der oberen Luftwege bei Kropf.

H. bespricht das Herumwachsen des oberen Pols von hintenher um Kehlkopf und Luftröhre und des unteren Pols unter das Brustbein. In ersterem Falle kann die Speiseröhrenverengerung früher eintreten als die Athemnoth. Er berichtet über eine Reihe von ihm operirter Fälle und demonstrirt eine Anzahl von durch Operation gewonnener Kropfpräparate, welche die tiefe Rinnenbildung bis zu völliger Einschliessung der Luftröhre zeigen.

M. Senator macht auf die Störungen seitens des Herzens durch den Kropf aufmerksam, die viele Chirurgen zur Localanästhesie für die Operation bestimmt haben.

Rosenberg hat mehrfach nach lange bestehenden, die Luftröhre comprimirenden Kröpfen keine Chondromalacie gesehen.

Finder: Bei der Operation in Localanästhesie hat man den Vortheil, dass bei Berührung des Recurrens der Patient hustet und damit ein Alarmsignal giebt.

Hölscher hat immer und mit gutem Erfolg eine leichte Scopolamináthernarkose angewendet, bei der auch das Warnungssignal der Recurrensreizung bestehen bleibt.

Halle demonstrirt eine Patientin mit Dacryocystitis und Vereiterung der Siebbeinzellen, die er mit Erfolg von der Nase aus nach modificirter West'scher Methode operirt hat.

Scheier zeigt einen Patienten mit doppelseitiger Posticuslähmung, bei dem keine Ursache derselben auffindbar ist.

Rosenberg berichtet über einen ähnlichen Fall von 30 jähriger Dauer.

A. Rosenberg.

---

c) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

72. Sitzung vom 22. Februar 1911.

Vorsitzender: Gottl. Kiär.
Schriftführer: Willaume-Jantzen.

L. Mahler: Fall von Struma mit Compression der Trachea.

46jährige Frau mit Struma hatte sich erkältet und bekam Respirationsbeschwerden, die sich am folgenden Morgen derart steigerten, dass ein zugezogener Arzt sie bewusstlos, cyanotisch, mit stridulöser Athmung vorfand. Sie wurde sofort in die gegenüberliegende Ohrenklinik des Reichshospitals aufgenommen und operirt; die Struma wurde in aller Eile losdissecirt und aus der Wunde hinaus luxirt, wodurch die Respiration beträchtlich erleichtert wurde; die Struma wurde alsdann entfernt. Trachea erweicht, zusammengefallen. Wundverlauf glatt.

Im Uebrigen nur Otologisches.

73. Sitzung vom 7. März 1911.

Nur Otologisches.

74. Sitzung vom 5. April 1911.

I. Willaume-Jantzen: Fall von Oesophagusdivertikel.

78jähriger Mann, der seit 2 Tagen nach dem Essen eines Fleischstückchens nichts mehr schlucken konnte; angeblich sei ein Detrusor vom Hausarzt durch die ganze Speiseröhre geführt. An der rechten Seite der Trachea eine wallnussgrosse Schwellung, die angeblich früher nicht vorhanden gewesen. Weitere Untersuchung verweigert. Nach 2 Tagen kam das Fleischstück herauf und das Schlucken wurde wieder frei.

Schmiegelow bezweifelt die Diagnose; es handle sich eher um eine beginnende Stenose, wo dann der Fleischbissen stecken geblieben.

P. Tetens Hald ist derselben Meinung.

Schousboe hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo aber keine Strictur vorlag, vielleicht war hier ein Spasmus vorhanden.

II. Schousboe: Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Speiseröhre.

1. Stück einer Zahnprothese; Extraction gelang nicht, deshalb Pharyngotomia subhyoidea mit Entfernung des Fremdkörpers. Locale Sepsis.

2. Stück einer Gaumenplatte wurde durch Oesophagoskopie entfernt. Husten vorwiegend beim Schlucken flüssiger Nahrung; erneute Oesophagoskopie: Fistel zur Trachea, die durch eine Tracheotomie vernäht wurde.

III. N. Rh. Blegvad: Eine Nasentamponade.

Fingerhütchen, mit Jodoformgazestreifen gefüllt.

IV. P. Tetens Hald: Casuistik.

1. Mittheilung über den späteren Verlauf eines Falles von Fibroma lymphangiectaticum oesophagi. Fall früher (14. October 1908) erwähnt. Die Schluckschmerzen kehrten wieder, ferner Stenose der Cardia; Section: Cancer direct unterhalb der Cardia.

2. Fall von idiopathischer diffuser Dilatation der Speiseröhre. Riesige diffuse Dilatation mit einem cul-de-sac neben der Cardia, so dass die Sonde hier stehen blieb.

3. Fall von Cancer oesophagi, auf die Trache übergreifend. Cancer durch Hypopharyngoskopie nachgewiesen; plötzlich schwerer Erstickungsanfall; bei der Tracheoskopie wurde ein grosser obturirender Tumor gefunden; ein dickwandiger Kautschukschlauch wurde hindurchgeführt, so dass Patientin wieder athmen konnte, und dann erst Tracheotomie vorgenommen. Section: Ausgedehnter Cancer oesophagi, die Trachealwand perforirend.

4. Corpus alienum bronchi sin. 12jähriges Mädchen, angeblich grosse Stecknadel verschluckt; Oesophagoskopie nichts Abnormes. Bei Röntgenaufnahme



Nadel im rechten Bronchus nachgewiesen, durch Tracheoscopia inferior aber aus dem linken Bronchus extrahirt, wahrscheinlich aus dem rechten Bronchus ausgehustet und in den linken aspirirt. Jörgen Möller.

---

d) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XXVI. Sitzung vom 4. December 1910 in Cöln.

Anwesend 50 Mitglieder.

I. Zinsser (Cöln) als Gast: Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Ehrlich's 606.

II. Alexander (Frankfurt a. M.): Tuberculös-luetische Erkrankung von Pharnx und Nase und ihre Beeinflussung durch Ehrlich-Hata 606.

Im ersten Falle (33jährige Patientin) wurden typische tuberculöse Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes durch Tuberculincur günstig beeinflusst, doch zeigte sich nach einem halben Jahre ein schweres Recidiv (Zerstörungen am Septum, Perforation des harten Gaumens und ausgedehnte Ulcera). Wassermann positiv. Auf intramusculäre Injection von Salvarsan prompte Heilung der ulcerösen Processe.

In einem zweiten Falle (reine Lues) wurde ein mit Jodkali ohne Erfolg behandeltes Ulcus des Nasenrachenraums durch Salvarsan in 5 Tagen zur Heilung gebracht. Ebenso ging ein specifisches Ulcus am Tubenwulst in einem dritten Falle auf 0,5 Salvarsan schnell zurück.

Endlich wurde bei einer 56jährigen Frau, die an einer Glottisstenose mit theils Granulations-, theils Schrumpfungsprocessen der Epiglottis und Taschenbänder litt, nach erfolglosen zahlreichen anderen antiluetischen Curen, Bougierung etc., durch Salvarsan ein eclatanter Erfolg erzielt.

Zum Schluss bemerkt A., dass weder die bisherigen Erfolge, noch die Misserfolge zu einem abschliessenden Urtheil über Salvarsan berechtigen, dass es aber jedenfalls ein Mittel von hervorragender Specifität sei.

Discussion:

Blumenfeld weist auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberculose hin und bestätigt die guten Erfolge mit 606 bei Lues der Nase.

Ferner: Eschweiler, Zoepffel, Zinsser.

III. Hopmann II: Gestieltes Carcinom des Hypopharynx.

Es handelt sich um einen kirschgrossen von der rechten seitlichen Hypopharynxwand ausgehenden Tumor, der auf den Larynxeingang hinabhängt. 52jähriger Patient, der seit 2 Monaten durch die Geschwulst an Schluckbeschwerden litt. Entfernung mit der Schlinge. Histologischer Befund: Plattenepithelcarcinom. Einige von der gleichen Halsseite entfernte Lymphdrüsen zeigten histologisch nichts Abnormes.

Discussion: Preysing.

IV. Eschweiler (Bonn): a) Stirnhöhlen - Radicaloperation in Localanästhesie.

Bei dem 53jährigen an Pansinusitis leidenden Patienten wurde wegen Asthma von einer Narkose abgesehen. Vorher waren beide Kieferhöhlen operirt und Nasenpolypen entfernt worden, ohne dass die eitrige Secretion wesentlich nachgelassen hätte.

Als Anästheticum für die Stirnhöhlenoperation wurde $^1/_2$proc. Cocain-Suprareninlösung angewandt und schrittweise weiter infiltrirt. Für die Anästhesirung des Naseninnern und der Stirnhöhle genügten Einlagen von 10proc. Cocaintampons, bis man im Ganzen ca. 26—28 ccm der Injectionsflüssigkeit verwandt, und die damit erreichte Anästhesie war eine durchaus befriedigende.

b) Demonstration von Drains zur Nachbehandlung der Stirnhöhlen-Radicaloperation.

Die durch Plattdrücken eines kurzen dicken Glasrohrs hergestellten, einem Abschnitt einer Säbelscheide ähnelnden Drains haben den Vorzug, der zu schnell eintretenden Verengerung des Weges zwischen Nasen- und Stirnhöhle vorzubeugen. An den Drains sind oben und unten Silberdrähte befestigt, von denen der eine oberhalb der Spange zur äusseren Wunde herausgeleitet, der andere durch das Nasenloch geführt und mit dem oberen verknotet wird. Die Drains wurden in 7 Fällen (Liegedauer 5—14 Tage) mit Erfolg angewandt.

Discussion: Zumbroich, Alexander, Preysing, Hopmann II.

V. Preysing: Demonstrationen: a) Perivasculäres Sarkom des Halses.

Faustgrosser Tumor bei einem 63jährigen Patienten vom Unterkieferwinkel bis zur Clavicula reichend; Kehlkopf und Oesophagus frei. Bei der Operation mussten Carotis und Jugularis von Clavicula bis Schädelbasis resecirt werden, ebenso rechte Hälfte der Schilddrüse, in welche der Tumor überging. $^3/_4$ Jahre nach der Operation inoperables Recidiv an der Schädelbasis.

b) Carcinom des weichen und harten Gaumens bei einem 30jährigen Patienten. Operation: Nach Durchschneidung des harten Gaumens Abtrennung des weichen von seitlichen Anheftungen. 4 Tage nach der Operation Tod an Bronchopneumonie.

c) Operirter Fall von Spongiosirung der Stirnhöhlen (veröffentlicht in Zeitschrift für Laryngologie).

d) Zwei Fälle von operirter Perichondritis der Ohrmuschel und Othämatom. Schnelle Regenerirung des Knorpels nach ausgedehnter Resection.

Discussion: Alexander, Röpke, Kronenberg, Torhorst, Fackeldey, Zumbroich, Neuenborn, Goldberg, Schmithuisen.

Moses (Cöln).



IV. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

Die achtzehnte Tagung des Vereins fand vom 31. Mai bis 1, Juni unter Killian's Vorsitz in Frankfurt a. M. statt. In Bezug auf die Fülle des zur Erledigung gelangten wissenschaftlichen Materials und die Zahl der Theilnehmer nahm die diesjährige Tagung einen ganz hervorragenden Platz ein. Grösstes Interesse erregte die Besichtigung der neu erbauten Spiess'schen Klinik am städtischen Krankenhaus, die — was Zweckmässigkeit und äussersten Comfort betrifft — dem Ideal einer modernen laryngologischen Klinik entspricht; angesichts der Opulenz in der Ausstattung dieser unseres Wissens aus privaten Mitteln erbauten Klinik malte sich in den Zügen so manchen Besuchers, der an seine weniger glücklich gestellte staatliche Klinik daheim dachte, schlecht verhohlener Neid.

Zum Vorsitzenden für das nächste Jahr wurde Seifert (Würzburg) gewählt, als Ort für die nächste Tagung Hannover bestimmt.

Personalnachrichten.

Von den zahlreichen Ehren, die bei Gelegenheit der Krönung des Königs von England auf den ärztlichen Stand entfallen sind, ist keine populärer, als die Verleihung einer Baronetey an Mr. Henry T. Butlin, den gegenwärtigen Präsidenten des Royal College of Surgeons und der British Medical Association, sowie früheren Präsidenten der Laryngological Society of London. Sir Henry Butlin, Baronet, wie wir ihn von jetzt an bezeichnen müssen, erfreut sich der grössten Beliebtheit unter seinen Collegen, die ihm vor erst 14 Tagen ein von mehr als 200 Aerzten besuchtes Bankett gegeben haben. Was er für die Laryngologie geleistet hat, wissen die Leser dieses Blattes: unvergänglich wird sein Ruhm bleiben, die geächtete Thyreotomie wieder in ihr Recht bei den Frühstadien des Kehlkopfkrebses eingesetzt zu haben.

Prof. Juffinger in Innsbruck ist zum ordentlichen Professor für Oto-Laryngologie ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, August. 1911. No. 8.

I. Killian's Berufung nach Berlin.

Die Frage, welches nach B. Fränkel's Rücktritt das Schicksal der Laryngologie in Berlin sein werde, hat weit über den zunächst interessirten Kreis der Fachgenossen hinaus auch beim grossen ärztlichen Publikum wärmste Anteilnahme gefunden, wie aus den in den letzten Wochen erschienenen Kundgebungen in der medicinischen Presse Deutschlands hervorging. Wir dürfen es heute aussprechen, dass nicht viel daran gefehlt hat, dass diese Frage in einem für die Laryngologie höchst verhängnissvollen Sinne entschieden wurde; desto grösser ist die Freude, mit der wir heute unseren Lesern mittheilen können, dass sie eine durchaus zufriedenstellende, glückliche Lösung gefunden hat: Killian ist als Nachfolger Fränkel's nach Berlin berufen worden und hat die Berufung angenommen.

Wir glauben uns berechtigt, diese Nachricht unseren Lesern an dieser Stelle zu bringen; denn wir sind der Ansicht, dass es sich hier um mehr andelt, als nur um die Erledigung irgendwelcher beliebigen Personalfrage: In dem alten, bis zum Ueberdruss gekämpften Kampf zwischen Anhängern und Gegnern einer Trennung von Laryngologie und Otologie war Berlin die wichtigste, am heissesten umworbene Position. Durch Killian's Berufung ist die grundsätzliche Anerkennung des Standpunktes ausgesprochen, dass die Trennung der Laryngologie und Otologie im akademischen Unterricht wenigstens an den grösseren Universitäten beizubehalten sei.

Diese officielle Anerkennung der Selbstständigkeit der Laryngologie seitens der preussischen Unterrichtsverwaltung und das Ansehen, dessen sich unsere Disciplin an dieser Stelle erfreut, hat aber noch einen weiteren prägnanten Ausdruck gefunden: Killian erhält das Ordinariat; er wird damit der erste ordentliche Professor in Deutschland, dessen



Lehrauftrag für Rhino-Laryngologie allein lautet. Er wird vollberechtigtes Mitglied der Berliner mdicinischen Fakultät, der man zu dieser Acquisition nur gratuliren kann. Denn dass Killian der gegebene Mann dazu ist, die Laryngologie an der grössten deutschen Universität zu vertreten, ist für jeden ohne weiteres klar, der den Entwicklungsgang unserer Disciplin im letzten Jahrzehnt verfolgt hat: eine Reihe der schönsten Errungenschaften, auf die unser Fach stolz ist, knüpft sich an Killian's Namen.

Nun, da der alte Kampf der Meinungen durch die Neubesetzung des Berliner Lehrstuhls zu einer Entscheidung gekommen, nun darf wohl auch die Hoffnung gehegt werden, dass der Streit, der die Geister der Otologen und Laryngologen so lange entfacht hat, endlich zur Ruhe kommt und beide Disciplinen, einander ergänzend und fördernd, dem ungestörten friedlichen Gang ihrer Entwicklung wieder anheimgegeben werden.

Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **J. W. B. Bean. Zwei Fälle von Infection durch den Micrococcus catarrhalis. (Two cases of infection by the micrococcus catarrhalis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1911.*

Die Infection ging von Nase, Nasenrachen und Pharynx aus; in dem einen Fall hatte die Infection nur eine Lymphadenitis colli zur Folge, in dem anderen, wo durch vorhergehende Erkrankungen die Widerstandskraft verringert war, traten schwere Allgemeinsymptome auf. Am 5. Tage fand sich der Micrococcus catarrhalis im Blut. Chinin wurde als das beste Mittel befunden.

A. J. BRADY.

2) **M. A. Diemont** (Dublin). **Mundathmen. (Mouth breathing.)** *Dublin Medical Journal. September 1910.*

Verf. bespricht die Physiologie der Nase und die schädlichen Folgen der Mundathmung für das Knochengerüst.

A. LOGAN TURNER.

3) **Schender. Gewerbeerkrankungen der oberen Luftwege. (Professionalnija sobolewanija werch. dgehat. putei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 118. 1911.*

Sch. untersuchte 61 Arbeiter einer Kornmühle. Bei denselben fand er in der Mehrzahl der Fälle Veränderungen, unter denen Rhino-Pharyngitis atroph. eine bedeutende Rolle spielt. Laryngitiden sind nicht weniger vertreten.

Auf einer Tabakfabrik wurden 81 Arbeiter untersucht. Bis zum 15. Jahre konnten hypertrophische, nachher hauptsächlich atrophische Katarrhe constatirt werden.

P. HELLAT.

4) **Giessing** (Medenau). **Ueber Veränderungen der oberen Luftwege bei Leukämie.** *Dissert. Leipzig 1911.*

Im Anschluss an eine zusammenfassende Besprechung der leukämischen Ver-

änderungen in den oberen Luftwegen bringt Giessing die Krankengeschichte eines 35jährigen Leukämikers aus der Poliklinik von Gerber, bei welchem sich beträchtliche Hyperplasie des adenoiden Gewebes im Schlundring fand. Röntgenbehandlungen hatten mässigen Erfolg.

SEIFERT.

5) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Die Wirkung des Salvarsan auf Syphilis der oberen Luftwege, Sklerom, Plaut-Vincent'sche Angina und Scorbut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Bei 8 luetischen Secundärfällen schwanden die objectiven Erscheinungen im Zeitraum von 4—9 Tagen, bei den 4 Tertiärfällen innerhalb von 4 Tagen, zweimal in 14 Tagen, einmal in 6 Wochen. Darunter ist die Heilung einer hochgradigen Larynxstenose, die sonst allen antisyphilitischen und mechanischen Dehnungsmitteln getrotzt hatte, besonders bemerkenswerth. Die Besserung der subjectiven Beschwerden war eclatanter noch als die der objectiven.

Die Wassermann'sche Reaction war in 4 von 12 Fällen negativ.

Der Erfolg bei Sklerom war negativ.

Die beiden Fälle von Angina Vincentii und ein Fall von Skorbut (ulcerative Processe der Mundhöhle) wurden glatt geheilt. Keine unangenehmen dauernden Nebenenererscheinungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Max Senator** (Berlin). **Die diätetische Behandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Med. Klinik. 19. 1911.*

Hinweis auf Berücksichtigung etwaiger Allgemeinerkrankungen, ganz besonders der Verdauungsstörungen.

SEIFERT.

7) **Schultze** und **Stursberg** (Bonn). **Chronischer Luftröhrenkatarrh und Lungenerweiterung als Unfallfolge anerkannt.** *Med. Klinik. 5. 1911.*

Bergmann, infolge einer Schlagwetterexplosion erkrankt. Begutachtung s. o.

SEIFERT.

8) **Kölle** (Breslau). **Die perorale Intubation nach Kuhn in der Nasen-, Rachen- und Mundchirurgie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 109. 1911.*

Bericht über Operationen von Wolfsrachen, Tumoren des Nasenrachenraums, der Tonsillen unter Zuhülfenahme der Kuhn'schen peroralen Intubation, die sich auch zur Stillung von Blutungen in Mund-, Nasen- und Rachenhöhle eignet.

SEIFERT.

9) **F. Pick.** **Zur Endoskopie der oberen Luftwege.** (Wissenschaftl. Gesellsch. deutscher Aerzte in Böhmen.) *Prager med. Wochenschr. No. 49. 1910.*

Gelegentlich der Besprechung von Hays' Pharyngoskop theilt Pick mit, dass Zaufal schon zur Zeit der Construction von Nitze-Leiter's Blasenendoskop ein analoges Instrument für die Endoskopie der Nase construirt hat (Demonstration des Modells).

CHIARI.

10) Chevalier Jackson. **Endoskopie des Kehlkopfs, der Bronchien und des Oesophagus. (Laryngeal, bronchial and esophageal endescopy.)** *The Laryngoscope. Januar 1911.*

Verf. war Zeuge einer schweren Verletzung des Bronchus infolge eines schlecht ausgeführten Versuches zur Entfernung eines eingekeilten Fremdkörpers, den einer der geschicktesten Laryngologen Amerikas ausführte; der Operateur ging von dem falschen Grundsatz aus, dass jede Gewalt gerechtfertigt sei, da der Fremdkörper, wenn er nicht entfernt werde, doch tödtlich wirken müsse.

EMIL MAYER.

11) Richard R. Johnston. **Die aufrechte Methode der directen Laryngoskopie. (The straight method of direct Laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. December 1910.*

Verf. empfahl früher die Vornahme der directen Laryngoskopie in allgemeiner Narkose und mit Flexion des Kopfes. Er hat sich davon überzeugt, dass bei vollkommen grader Körperhaltung, während ein Assistent den Kopf ordentlich fixirt, die Untersuchung am einfachsten und leichtesten geht. Bei kleinen Kindern ist die Narkose unnöthig, und da das Cocain gefährlich ist, so ist es besser, hier ohne Anästhesie zu operiren. Verf. hat als das beste Instrument das modificirte Jackson'sche Laryngoskop befunden.

EMIL MAYER.

12) L. J. Goldbach. **Directe Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie; Mittheilung von Fällen. (Direct Larynge-Tracheo-Bronchoscopy and Esophagoscopy; report of cases.)** *The Largngoscope. November 1910.*

Fall I. Entfernung von Sängerknötchen auf autoskopischem Wege.

Fall II. Ein Ulcus in der Trachea mittels Tracheoskops diagnosticirt.

Fall III. Bronchoskopisch wurde geringe Röthung und Oedem des einen Bronchus diagnosticirt; Instillation von 2proc. Argentumlösung mit gutem Erfolg.

Fall IV. Entfernung einer Schraube aus dem Kehlkopf eines Negerknaben.

EMIL MAYER.

13) Alagna. **Ueber vier Fremdkörper (Blutegel) der Luftwege. (Quatre cas de corps étrangers, sangsues, des voies aëriennes.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 3. 1910.*

Blutegel als Fremdkörper in den Luftwegen sind in unseren Gegenden vielleicht noch nie beobachtet worden, während sie in den südlichen Ländern kein seltenes Vorkommniss zu bilden scheinen. Sie gelangen gewöhnlich mit dem Trinkwasser in den Rachen und können von da sogar bis in die Trachea gelangen (ein Fall des Autors). Die Extraction derselben scheint keine besonderen Schwierigkeiten zu bieten.

LAUTMANN.

14) H. Aboulker. **Ueber einige broncho-ösophagoskopische Fälle. (Quelques cas de broncho-oesophagoscopie.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIX. Aprit. 1911.*

Der eine bronchoskopische Fall, den der Autor zu beobachten Gelegenheit hatte, betraf einen 45jährigen Araber, der seit Jahren eine Trachealcanüle trug und bei dem die Canüle eines Tages abbrach und in den rechten bronchialen

Nebenast fiel. Extraction mittels unterer Tracheoskopie. Die ösophagoskopischen Fälle betrafen zweimal einen Speiseröhrenkrebs, sonst Oesophagusspasmen und einmal einen Fremdkörper, der im Oesophagoskop nicht entdeckt wurde und mittels äusserer Schnitte herausgeholt werden musste (Nadel).

LAUTMANN.

15) **A. v. Gyergyai** (Klausenburg). **Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens, der Ohrtrompete und der hinteren Nasenpartie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. 1910.*

Verf. geht einen Schritt weiter, als Lindt und Katzenstein, indem er den Nasenrachen und die angrenzenden Theile der Nase bei stark reflectirtem Kopfe des Patienten nach Einführung eines an das Brünings'sche Elektroskop adaptirten 8—10 cm langen Rohres von 4—12 mm Durchmesser besichtigt. Die Einzelheiten der Technik müssen im Original nachgelesen werden. Auf diese Weise gelingt es dem Verf., nicht allein die Rosenmüller'sche Grube, die Tubenmündung, die Rachenmandel, sondern auch den hinteren Abschnitt der Nasenhöhle (die hinteren Enden der unteren und der mittleren Muschel, die obere Muschel, den Recessus spheno-ethmoidalis) direct zu inspiciren, ein Rohr in die Tuba Eustachii zu führen und deren Wände auf 1—2 cm zu besichtigen und wenn nöthig zu behandeln. Verf. bohrt ferner durch sein Rohr die Keilbeinhöhle von unten an und hat an der Leiche auch die Hypophyse gut freilegen können.

ZARNIKO.

16) **Reinking** (Hamburg). **Bronchoösophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. 1910.*

Drei Fälle, demonstrirt im Hamburger ärztlichen Verein: 1. Zwei Knochenstücke aus dem rechten Unterlappenbronchus eines 70jährigen Mannes; 2. Kirschkern aus dem rechten Oberlappenbronchus einer 42jährigen Frau; 3. Gebiss, das sich im Oesophagus in der Höhe der Bifurcation festgesetzt hatte. Alle Fremdkörper wurden vom Vortragenden mit dem Brünings'schen Instrumentarium leicht entfernt.

ZARNIKO.

17) **Edmund Meyer** (Berlin). **Die Bedeutung der directen Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege im Dienste der Kinderheilkunde.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 34. 1910.*

Verf. betont die grosse Wichtigkeit der directen Untersuchungsmethoden für die Besichtigung und Behandlung des kindlichen Kehlkopfes (Erkennung von Ursachen für Stimm- und Athmungsstörungen, Laryngitis subglottica, Kehlkopfdiphtherie, Verengerungen, Papillome, erschwertes Decanulement, Fremdkörper), verbreitet sich über die Technik und die Gefahren der Methode und berichtet zum Schluss ausführlich über einen Fremdkörperfall (Bleistiftknopf im linken Hauptbronchus eines 7jährigen Kindes).

ZARNIKO.

18) **Sternberg. Demonstration von Präparaten zur Casuistik der Fremdkörper im Respirationstract.** (Aerztlicher Verein in Brünn, Sitzung vom 19. December 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1911.*

1. Pflaumenkern im rechten Hauptbronchus bei einem 7jährigen Mädchen,

2. Knochenstück im rechten Hauptbronchus bei einer 74jährigen Frau mit Decubitalgeschwür, putrider Bronchitis und umschriebenen gangränösen Herden.

3. 4 cm langes dreieckiges Glasstück in einem mit Jauche gefüllten Cavum neben dem Oesophagus, nach dessen Perforation mit eitriger Mediastinitis und Hautemphysem.

4. 3 cm langes Knochenstück, den Oesophagus an zwei Stellen perforirend, ist in den Herzbeutel eingedrungen. Pyopneumopericarditis. Vorherige Sondenbehandlung.

5. Vorstopfung des Rachens und Kehlkopfeinganges durch einen mächtigen Bissen.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **J. Safranek** (Budapest). **Ein seltener Fall von Anosmie.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1911.*

Das Riechvermögen einer 16 Jahre alten, an Leucoderma acquisitum (Vitiligo) leidenden Frau hat sich seit 2 Jahren verschlimmert, es hat sich bilaterale universale Anosmie und Verlust der aromatischen Geschmacksempfindung eingestellt. Die rhinologische und andere Untersuchungen haben die Ursache der Anosmie nicht nachweisen können, es ist aber sicher, dass sie weder mechanisch (respiratorisch) noch functionell (Hysterie) ist; ferner konnte keine centrale oder peripherische Erkrankung des Riechnerven festgestellt werden. Es fragt sich, ob die Anosmie nicht mit der vorhandenen Pigmentatrophie zusammenhängt?

POLYAK.

20) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Nachtrag zu meiner Arbeit über einen Fall von traumatischer Anosmie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 1. 1910.*

Erwähnung einer übersehenen Arbeit von Max Scheier.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

21) **P. J. Mink** (Utrecht). **Die Nase als Reflexorgan. (De neus als reflexorgaan.)** *Geneesk. Bladen. XV. Reihe. No. II. 1910.*

Diese Arbeit enthält eine Menge zum Theil zwar recht theoretischer, dennoch origineller und interessanter Anschauungen. Es werden nicht die Reflexneurosen, sondern die nicht genügend beachteten wichtigen physiologischen Reflexe besprochen.

Die Wahrnehmung von Wärme und Kälte, sowie von Feuchtigkeitsunterschieden der Luft komme zwar zum Theil der Haut, zum grössten Theile jedoch der Nase zu. Nicht hauptsächlich der Abwehr schädlicher Reize, wie allgemein angenommen, sondern an erster Stelle der Wahrnehmung von Luftreizen diene die Nase. Die beim Betreten eines Palmenhauses sofort auftretende subjective Beklemmung sei hauptsächlich die Folge von nasalen Reflexen, oder vielmehr vom Wegfall der normalen Kälte- oder Trockenheitsreflexe. Die Nase besitze im physiologischen Sinne drei Gegenden; eine untere, exspiratorische Zone (Gegend der

unteren Muschel), eine mittlere, inspiratorische (Gegend der mittleren Muschel) und eine obere, olfactorische Zone (Gegend der oberen Muschel). Die untere Zone ist für die Reflexe ohne Bedeutung; die Ausathmungsluft habe ungefähr die Eigenschaften der Luft im Palmenhause.

Die obere Zone ist, abgesehen von den Geruchseindrücken, als Reflexorgan wichtiger als die untere, weil die benachbarten Nebenhöhlen eine Verlagerung der Inspirationsluft begünstigen und die sehr oberflächlich liegenden Olfactoriusendigungen von der Kälte und der Trockenheit gereizt werden. Diese Reize beeinflussen die Psyche, ohne jedoch bewusst zu werden. Allerdings ist der die mittlere Zone innerviremde Trigeminus als Reflexbahn die wichtigere.

Der vordere, präconchale Theil der inspiratorischen Zone wird vom ersten Trigeminusast innervirt. Reizung dieses Theiles verursacht Hyperämie, zuerst im Naseninnern, sodann in der gleichfalls vom N. naso-ciliaris versorgten Haut der äusseren Nase, und schliesslich in der Orbita und im Auge. In diesem Sinne liegt in der Nase eine Schutzvorrichtung für das Auge. Weiter nach hinten sei die hauptsächliche Reflexgegend die mediale Fläche der mittleren Muschel und der gegenüberliegende Theil des Septums. Namentlich reagire das sehr exponirte Tuberculum septi auf die Luftreize mit einer gewissen ständigen Schwellung. Uebermässige Luftreize erzeugen auch auf andere Theile der inneren Nase Lähmungsreflexe der Vasomotoren in Form von Schwellung und vermehrter Secretion, wodurch weitere Reize ausgeschlossen werden. Auf diese Weise erkläre sich die alternirende Nasenverstopfung.

Dass die Nase viel empfindlicher als die Haut ist, zeige das Experiment, wo einfache Sondenberührung der inspiratorischen Zone eine maximale Inspiration erzeuge, wie es auch die kalte Hautdouche thut.

Die normalen Luftreflexe unterhalten einen Tonus der Inspirationsmuskeln. Ausfall derselben, wie in einem tropischen Pflanzenhause, verursache Brustbeklemmung, dauernder Ausfall bei Adenoiden die platte Thoraxform. Auch in den Kiefermuskeln unterhalten sie einen Tonus, infolge dessen der Mund geschlossen bleibe.

Sämmtliche Reize, welche den Trigeminuskern erreichen, werden längs dem Inspirationscentrum, als Lähmungs- resp. Hemmungsreflexe, in den ganzen vegetativen Sympathicus hinein reflectirt.

Wiedergabe der Theorien des Verf.'s über die Rolle des Vagus und des Sympathicus bei der Athmung würde uns zu weit führen.

Die von François Franck u. a. beschriebenen nasalen Reflexe mit exspiratorischem Charakter (Husten, Glottiskrampf, Asthma etc.) schliesst Verf. von seinen Betrachtungen principiell aus, da sie als physiologische Reflexe nicht angesehen werden dürfen. Die letzteren haben alle einen inspiratorischen Charakter.

Die Nase sei die Hauptpforte, durch welche stimulirende Reize von der umgebenden Luft eintreten, um durch Sympathicus und Vagus ihren wichtigen Kreislauf fortzusetzen. Schädliche Reize kommen auf demselben Wege hinein. Das Niesen sei meistens das erste Zeichen, dass die äusserste Grenze physiologischer Reizung erreicht, resp. überschritten ist.

H. BURGER.

22) **St. v. Stein** (Moskau). **Ein Fall von sehr verlangsamter Athmung infolge eines Nasenleidens.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. III. S. 725. 1911.*

Bei einem 11jährigen Mädchen auffallend langsame Athmung, ungefähr fünf Inspirationen in der Minute, mit Dyspnoe und Suffocationserscheinungen. Mit Eintritt des Schlafes verschwinden die tiefen Einathmungen, die Athmung wird ruhig, nur bleibt die Thoraxmusculatur angespannt. Heilung nach Entfernung der Rachenmandel.

OPPIKOFER.

23) **J. Broeckaert** (Gent). **Nasenneuralgie. (Névralgie nasale.)** *Annales de la Soc. de Belge de Chirurgie. No. 9. 1910 und Annales des maladies de l'oreille etc. Bd. XXX. No. 1.*

Mittheilung des Autors über seine Untersuchungen bezüglich der chirurgischen Behandlung der Nasalneuralgien, welche unter drei Formen auftreten, je nachdem die von dem Ganglion sphenopalatinum (Meckelii) herstammenden Zweige oder die Aeste, welche vom Nerv. nasalis int. oder ext. herkommen, betroffen sind.

Die erste Form der tief in der Nasenhöhle auftretenden Neuralgie rechtfertigt die Resection des Ganglion Meckelii.

Mittheilung von 4 Fällen von Nasalneuralgie, in welchen das Ausreissen der Nasalnerven den gewünschten Erfolg hatte.

BAYER.

24) **Chavanne. Kopfschmerz und Nasenverstopfung. (Cephalée et obstruction nasale.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXXI. Januar-Februar 1911.*

Ein 19jähriges Mädchen wurde durch Furchung ihrer hypertrophischen Nasenmuscheln dauernd von ihren Kopfschmerzen befreit, nachdem sie vorher vielfach vergebens consultirt hatte. Nützlichkeit der rhinologischen Untersuchung.

LAUTMANN.

25) **Claude G. Crane. Die Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Heufieber und Asthma. (The relation of nasal disease to hay fever and asthma.)** *American Medicine. September 1910.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen der Patient durch Beseitigung einer pathologischen Veränderung in der Nase geheilt wurde.

EMIL MAYER.

26) **Melville Jay** (Adelaide). **Asthma in seiner Beziehung zur Nase. (Asthma in relation to the nose.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1911.*

Nach Ansicht des Verf.'s ist das Asthma in circa 30—40 pCt. der Fälle, wenn nicht verursacht durch Nasenleiden, so doch mit solchen in Zusammenhang. In der Mehrzahl dieser Fälle besteht eine hyperästhetische Zone, meistens jedoch durchaus nicht immer am Septum. Die bulbären Kerne des 5. Hirnnerven stehen anatomisch mit dem Vagus in Zusammenhang und auf diesem Wege kann Reizung von der Nase aus Erscheinungen in den Athemwegen auslösen. Eine Anzahl von Asthmafällen kann durch intranasale Behandlung geheilt werden.

A. J. BRADY.

27) Wme. Scheppegrell. **Die immunisirende Heufieberbehandlung. (The immunizing treatment of hay fever.)** *Guelf States Journal of Medicine and Surgery. April 1910.*

Verf. hat mit Erfolg bei seinen Patienten folgende Behandlungsmethode angewandt: Er lässt 2—6 Wochen vor der Heufiebersaison die Patienten zuerst 2—3mal täglich, bei weiterem Herannahen der kritischen Zeit öfter, die Pollen der Ambrosia (rag weed) inhaliren. Zuerst tritt eine Reaction auf, die aber allmählich abnimmt, bis Patient immun wird. EMIL MAYER.

28) J. Solis Cohen. **Hypophysisextract bei Heufieber, Asthma etc. (Pituitary extracts in hay fever, asthma etc.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Mai 1910.*

Verf. weist auf seine zuerst im Jahre 1898 gemachten Versuche hin, die in Frage stehenden Erkrankungen durch Anwendung von Nebennierenpräparaten zu beeinflussen. Er fordert nunmehr die Aerzte auf, Präparate aus der Hypophysis und speciell dem Infundibulum oder hinteren Lappen, zu benutzen. Es giebt einige derartige gute käufliche Präparate. Nach den Erfahrungen, die Verf. gemacht, glaubt er sich zu der Annahme berechtigt, dass sie den Nebennierenpräparaten überlegen sind; ihre Wirkung ist langsamer, aber andauernder. Sie sind am wirksamsten in subcutaner Injection; man kann sie jedoch auch per os geben.

EMIL MAYER.

29) Ziem. **Ueber die Bedeutung der Nasenleiden nach Kopftrauma. (De l'importance des maladies nasales dans les traumatismes de la tête.)** *Revue hebdomad. de laryngol. No. 26. 1910.*

Ein Unterofficier acquirirt nach einer Schädelbasisfractur eine traumatische Neurose mit Schwellung der Nasenschleimhaut rechts. Ziem bekommt Patienten in desolatem Zustande (Arbeitsunfähigkeit, Zittern im rechten Arm, Schwindel, Kopfschmerz, Anosmie, schreckhafte Träume etc.) genau 2 Jahre nach dem Unfall zur ersten Untersuchung, nachdem Patient wiederholt vergebens ärztlich behandelt worden war. Ziem wandte seine oft empfohlenen Spülungen der Nase (leider im Text nicht recht verständlich wiedergegeben) an und liess wiederholt Blutegel an die Nasenwurzel ansetzen. Hierzu empfiehlt er noch eine kräftige und wenig reizende Kost. Nach 14 Tagen war Patient genesen. LAUTMANN.

30) Ziem. **Ueber die Bedeutung der Nasenkrankheiten bei Schädeltraumen. (De l'importance des maladies nasales dans les traumatismes de la tête.)** *Archives Internat. de laryngol. etc. Tome XXXI. No. 1.*

Die erste die 3 Krankengeschichten ist bereits in der Moure'schen Revue 1910 vom Autor veröffentlicht worden (cfr. vorstehendes Referat). Die beiden neu hinzugefügten Krankengeschichten sind weniger demonstrativ. Es handelt sich für Ziem im Allgemeinen darum, den Nachweis zu bringen, dass es nicht angeht, sich kurz mit der Diagnose traumatischer Neurose zu begnügen, sondern dass es in allen Fällen, wo es nach Schädeltraumen zu nervösen Störungen kommt, namentlich in Form von Gedächtnissschwäche, Reizbarkeit, Zittern, Schwindel, Kopf-

schmerzen etc., nöthig ist, die Nebenhöhlen der Nase genau zu durchsuchen. Es wird so in manchen Fällen gelingen, ungeahnte Eiterherde zu entdecken und durch deren Heilung die Reizwirkung auf das Hirn zu beheben. LAUTMANN.

31) **Norman H. Pihe. Ein Fall von cerebro-spinaler Rhinorrhoe mit Opticus-atrophie. (A case of cerebro-spinal rhinorrhoea with optic atrophy.)** *British Medical Journal. 7. Mai 1910.*

22 Jahre alte Frau; als sie 12 Jahre alt war, bekam sie einen Krampfanfall mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Verlust des Sehvermögens. Seitdem leidet sie an epileptischen Anfällen. Während der letzten neun Monate besteht ein continuirliches Tropfen von Flüssigkeit aus der rechten Nasenhälfte. In der rechten Nase findet sich ein Polyp zwischen mittlerer Muschel und Septum. Die Flüssigkeit reducirt Fehling'sche Lösung, jedoch nicht immer. Die Anfälle sind seit dem Beginn der Rhinorrhoe weniger häufiger geworden. A. J. WRIGHT.

32) **Gaudier. Enorme Cyste der mittleren Muschel mit Dermoidinhalt. (Volumineux kyste du cornet moyen à contenu dermoïde.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 4. 1911.*

Der Fall bietet nichts Besonderes. Patientin war 19 Jahre alt. Der Tumor, eine Cyste der mittleren Muschel, mit dermoidartigem Brei. Angeführt werden zwei Theorien für die Entstehung dieser cystischen Geschwülste, nach welchen dieselben entweder entzündlicher oder congenitaler Natur sind. LAUTMANN.

33) **Ross Hall Skillern** (Philadelphia). **Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Knochenblasen der mittleren Muschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 23. Heft 2. 1910.*

1. Die Cysten der mittleren Muschel sind nichts anderes als aberrirte Siebbeinzellen.
2. Unter gewissen Bedingungen können sie ohne Druck eines pathologischen Produktes sich erweitern und vergrössern.
3. Pathologische Bedingungen, wie Empyem, Pyocele und Mucocele, können zu deren Vergrösserung beitragen.
4. Histologische Veränderungen in der Schleimhaut und in dem Knochen an der Basis der Blase sind auf mechanischen Reiz zurückzuführen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

34) **A. Kuttner** (Berlin). **Die Syphilis der Nebenhöhlen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Die syphilitische Infection erfolgt direct durch verunreinigte Instrumente oder indirect per continuitatem oder durch das Eindringen syphilitischen Secretes oder durch die Blut- oder Lymphbahnen. Ein für die Antrumsyphilis pathognomonisches Symptom giebt es nicht, immerhin bieten cariöse Processe, Sequester, Fötor Verdachtsmomente.

Die Prognose ist im Allgemeinen günstig; eine restitutio ad integrum wird

allerdings nur in den rechtzeitig erkannten und behandelten Fällen eintreten. Die Therapie hat die Principien der Nebenhöhlentherapie und der antisyphilitischen Allgemeinbehandlung zu combiniren. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

35) **Erich Zabel** (Rostock). **Eiterüberschwemmung des Magendarmcanals aus Nasennebenhöhlenempyemen, nebst einer Bemerkung über die Bedeutung des Flagellatenbefundes im Magen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1910.*

Verf. hat in zwei Fällen reichliche Mengen von Nebenhöbleneiter in dem Morgens nüchtern exprimirten Mageninhalt aufgefunden, in dem einen Falle auch Flagellaten (Megastomen) in grosser Zahl.

Er schildert ausführlich die subjectiven Klagen seiner Patienten und die Schädigungen, die das Verschlucken des Eiters für den Magen, den Darm und das Allgemeinbefinden mit sich bringt. Die Anwesenheit der Megastomen führt er auf die Abstumpfung der Magensäure durch den alkalischen Nebenhöhleneiter zurück. Aus diesen Gründen verlangt Verf. in Fällen, die im Mageninhalt Morgens reichlich Eiter haben, sorgfältige Untersuchung auf Nebenhöhleneiterung. Therapeutisch hat sich ihm neben Behandlung des Nebenhöhlenleidens Desinfection des Magens (Lysol) und des Darmcanals (Eugenoform) bewährt, ferner Reinigung des Magendarmcanals (Spülung, Massage). ZARNIKO.

36) **Gruner** (Königsberg i. Pr.). **Zur intranasalen operativen Therapie bei chronisch entzündlichen Nasennebenhöhlenerkrankungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Verf. zeigt an einer tabellarischen Uebersicht, dass er unter 70 im Berichtsjahre durch intranasale Operationen behandelten Patienten in 60 Fällen Heilung im anatomischen Sinne, in 9 Fällen Beschwerdefreiheit, in einem Falle Besserung erzielt hat. Diese hervorragenden Resultate sollen die Indicationen zu den extranasalen Eingriffen auf das erforderliche Mass zurückführen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

37) **N. Sack** (Moskau). **Ueber die conservative Behandlung der subacuten und chronischen Nebenhöhleneiterungen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. S. 387. 1911.*

S. empfiehlt bei subacuten und chronischen Nebenhöhleneiterungen, um die Schleimhautschwellung in der Gegend der Ostien zur Abschwellung zu bringen, in erster Linie Aetzungen des mittleren Nasenganges mit concentrirter Trichloressigsäure. Bei dieser ausschliesslich nasalen Behandlung sah er oft recht befriedigende Resultate. Mir scheint, dass bei Aufzählen der conservativen Behandlungsmethohen mehr Gewicht gelegt werden sollte auf den hohen Werth der Nebenhöhlenausspülungen, die namentlich bei der am häufigsten eiternden Nebenhöhle, der Kieferhöhle, sicherlich mehr Erfolg bringen als Aetzungen des mittleren Nasenganges.

Auch die Auffassung des Autors, dass im Kindesalter der Mehrzahl der chronischen Rhinitiden eine Nebenhöhleneiterung zu Grunde liegt, ist anfechtbar. Verf. stützt sich bei dieser Angabe vorwiegend auf die Erfahrungen am Sectionsmaterial. Allerdings lehrt dasselbe, dass im kindlichen Alter Nebenhöhlenentzün-

dungen recht häufig sind. Doch sind die auf dem Sectionstische nachgewiesenen Nebenhöhlenentzündungen meist erst in den letzten Lebenstagen entstanden und somit acuter Natur, und es ist deshalb nicht angängig, die aus dem Sectionsmaterial gewonnene Erfahrung nun ohne weiteres auf klinisches Material zu übertragen, das sich aus chronischen Fällen zusammensetzt.

OPPIKOFER.

38) **Reinking** (Hamburg). **Was leistet die conservative, was die operative Therapie der eitrigen Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase?** *Fortschritte der Medicin. 23, 24. 1911.*

Zum Schlusse seiner zusammenfassenden Darstellung der Therapie der Nebenhöhleneiterungen betont Reinking, dass es wichtig sei, die kleinen endonasalen Eingriffe nicht zu sehr zu häufen, sondern lieber wenige, aber energische Eingriffe zu machen.

SEIFERT.

39) **P. Hellat. Aussaugen als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei Erkrankungen der Nebenhöhlen. (Wysasywanie kak diagnostitscheskoe i letschebnoe sredstwo pri sabolowanijach pridatotschnych polostei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 269. 1911.*

H. hat im Verlaufe von 2 Jahren eine ansehnliche Reihe von Patienten mit seinem eigenen Saugapparat behandelt. Als diagnostisches Mittel kann die Aussaugung von grossem Nutzen sein. Besonders wird aber die Wirkung bei acuten und auch bei chronischen Eiterungen in den Nebenhöhlen gerühmt. Angeführt werden 2 Fälle von 4- und 20jähriger Dauer, welche in kurzer Zeit heilten.

Als wirksam wird nicht nur die Reinigung, sondern auch die passive Hyperämie angenommen.

AUTOREFERAT.

40) **Joseph C. Beck. Wismuthpaste bei chronischer eitriger Erkrankung der Nase, Nebenhöhlen und Ohren. (Bismuth paste in chronic suppurative diseases of the nose, accessory sinuses, ears.)** *American Journal of Surgery. October 1910. The Laryngoscope. November 1910.*

Nach den Erfahrungen, die Verf. während einer ein Jahr währenden Beobachtungsdauer gesammelt hat, hat er die Wismuthpastenbehandlung bei Rhinitis atrophicans wieder aufgegeben, ebenso benutzt er die Wismuthpaste nicht mehr zum ersten Verband nach der submucösen Septumresection. Bei Siebbeinempyem benutzt er die Paste nur zum ersten Verband nach der Ausräumung. Bei chronischen Empyemen der Oberkiefer- und Stirnhöhle wirkt die Methode zur Palliativbehandlung ebenso gut wie jede andere, dagegen leistet sie bei der radicalen Obliteration der Oberkiefer- und Stirnhöhle Ausgezeichnetes.

Die einfachste Methode zur Stillung einer Nasenblutung, besonders wenn sie von der vorderen oder oberen Region herkommt, ist die Injection einer halbfesten Paste No. II.

EMIL MAYER.

41) **Jauquet** (Brüssel). **Wann und wie sind die Polysinusiten zu operiren? (Quand et comment faut-il opérer les polysinusitos?)** *La Clinique. No. 47. 1910.*

Der Artikel ist für den allgemeinen Practiker bestimmt, weil es für ihn von Wichtigkeit ist, die Bedeutung dieser Affectionen zu kennen, und die

Nothwendigkeit, in gewissen Fällen mehr oder minder ausgedehnte Eingriffe vorzunehmen, um nicht die Kranken tödtlichen Complicationen auszusetzen, von denen man noch bis vor wenigen Jahren keine Ahnung hatte und die auch heute noch häufig genug sind infolge mangelnder Diagnose und infolge von Unvorsichtigkeit. PARMENTIER.

42) **De Riddu** und **Jauquet. Doppelseitige Polysinusitis mit orbitalen, endonasalen und pharyngealen Complicationen. (Polysinusite double avec complications orbitaires, endocraniennes et pharyngées.)** *La Clinique. No. 46. 1910.*

Die Mittheilung dieses Falles wurde am 11. Juni 1910 in der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft gemacht und Jauquet schliesst an denselben die Folgerungen:

1. dass die Operation in derartigen Fällen dringend sei;
2. dass die Natur der Läsionen und ihre Localisation so viel als möglich zu präcisiren seien;
3. dass die Practiker, welche derartige Affectionen verkennen, ihre Kranken einer sehr grossen Gefahr aussetzen. PARMENTIER.

43) **Rhese** (Königsberg i. Pr.). **Die chronischen Entzündungen der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur allgemeinen Medicin und ihrer Diagnostik durch das Röntgenverfahren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Die ausführliche Arbeit wird durch 75 Krankengeschichten und 41 Röntgenphotographien erläutert.

Die Arbeit sollte im Original nachgelesen werden; hier können nur wenige Punkte hervorgehoben werden.

Verf. empfiehlt für die Röntgendiagnostik bei Erkrankungen des Siebbeinlabyrinths und der Keilbeinhöhle die Sagittal- und die Schrägaufnahme. Bei der Deutung der Platten ist dem Verwaschensein der Grenzlinien in erster Linie Werth beizumessen.

Bezüglich des hinteren Siebbeinlabyrinths giebt die Sagittalaufnahme klare und sichere Bilder; die Frontalzellen lassen sich einwandfrei am besten in schräger Aufnahme erkennen.

In der Praxis wird im Allgemeinen erst beim Versagen der Sagittalaufnahme die Schrägaufnahme beider Seiten zu Rathe zu ziehen sein.

Die Hauptuntersuchungsmethode soll stets die klinisch - rhinoskopische bleiben, da Täuschungen in vereinzelten Fällen vorkommen können.

Dsr Werth der Differentialdiagnose zwischen den Erkrankungen des hinteren Siebbeins und der Keilbeinhöhle wird durch gleichzeitiges Befallensein dieser in $66^2/_3$ pCt. gemindert.

Verschleierungen ohne pathologischen klinischen Befund zeigen hin und wieder Beginn der Erkrankung an.

Nur in bestimmten Ausnahmefällen (Verlegung des Nasenlumens infolge

anatomischer Anomalien, gefährliche Complicationen, die sofortiges Einschreiten verlangen etc.) darf die Röntgenaufnahme allein zur Diagnose verwerthet werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

44) **Ross Hall Skillern. Ueber die verschiedenen Entzündungszustände des Siebbeins mit Bezug auf Uffenorde's Arbeit „Die Erkrankungen des Siebbeins". (A discussion of the various inflammations of the ethmoid bone as advanced by Uffenorde in his work „Die Erkrankungen des Siebbeins".)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

Es sind zu unterscheiden: Acute Entzündung; chronische hyperplastische Entzündung mit Polypenbildung; chronische eitrige Entzündung. Die hyperplastische Entzündung ist die Folge einer continuirlichen Reizung; tritt Infection hinzu, so resultirt ein Empyem. Zuerst erkrankt stets der Boden der Siebbeinkapsel. Die typische eitrige Ethmoiditis verläuft ohne Polypenbildung und die einfache hyperplastische Entzündung ohne Eiterung. Die Anwesenheit von Eiter bei hyperplastischer Ethmoiditis ist zurückzuführen auf Reizung und Infection, fötider Eiter auf Saprophyteninfection.

EMIL MAYER.

45) **Dandois** (Löwen). **Retrobulbäre Phlegmone im Gefolge einer Sinusitis ethmoidalis; schwere durch die Operation beseitigte Hirnsymptome. (Phlegmon rétrobulbaire consécutif à une sinusite éthmoidale; symptômes cérébraux graves enrayés par l'opération.)** *Revue Médicale de Louvain. No. 8. 1910.*

Eingriff bei einem jungen Mann mit einer entzündlichen Anschwellung, die weder schmerzhaft, noch sehr lästig war, aber einen plötzlichen Ausbruch von heftigen generalisirten Convulsionen epileptischen Charakters hervorgerufen hatte.

Incision längs des inneren Randes der Orbita mit Beiseiteschieben des Augapfels, worauf man auf eine Sinusitis ethmoid. stiess, welche die innere Wand der Orbita durchbrochen hatte, hinter dem Auge eine eitrige Höhle bildend, von wo aus durch eine deutlich erkennbare Oeffnung der Eiter sich in die Schädelhöhle einen Weg geschaffen und die Hirnerscheinungen veranlasst hatte. Breite Eröffnung des Eiterherdes mit Curettage der Siebbeinzellen und Tamponade mit Jodoformgaze, worauf alle Erscheinungen wichen und der Kranke aus seinem Coma erwachte.

BAYER.

46) **K. Láng** (Budapest). **Ein aus der Keilbeinhöhle auf endonasalem Wege entferntes Schussprojectil.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1911.*

Die Kugel durchbohrte die rechte Kieferhöhle, drang dann durch den hinteren oberen Theil der nasalen Wand dieser Höhle, durchbohrte den unteren Theil des Vomers, die Vorderwand der linken Keilbeinhöhle und blieb dann in der Höhle frei liegen, verursachte mässige Abnahme des Sehvermögens und Eiterung der Höhle. Heilung nach 8 Tagen.

POLYAK.

47) **C. E. Benjamins** (Semarang, Java). **Mucocele des Sinus sphenoidalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Beschreibung eines Falles von Mucocele des rechten Sinus sphenoidalis; die starke Ectasie des Sinus war mit braunen cholestearinhaltigen reichlichen Flüssig-

keitsmengen gefüllt, die geruch- und geschmacklos waren. Die Wandung war von glatter Beschaffenheit. Heilung durch Eröffnung der Vorderwand und Entleerung der Flüssigkeit. Bestehende Störungen des Gehörs und Gesichts der betreffenden Seite wurden gleichzeitig geheilt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

c. Mundrachenhöhle.

48) **Compaired. Ueber einen Fall von Fistula thyreo-laryngo-lingualis congenita.** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXI. No. 1.*

Compaired sagt, dass weder er noch der von ihm hierzu beauftragte Assistent einen dem seinigen ähnlichen Fall in der gesammten Specialliteratur hat auffinden können. Der von Compaired beschriebene Fall ist ein typischer Fall einer completen congenitalen Zungenkehlkopffistel, wie man solchen in gut besuchten Kehlkopf- und allgemeinen chirurgischen Kliniken wiederholt begegnet.

LAUTMANN.

49) **Escat. Pharyngodynie nach Influenza oder schmerzhafte Form der Influenza-Angina; ihre Beziehungen zur klassischen Angina herpetica. (Pharyngodynie grippale ou forme douloureuse de l'angine grippale; ses rapports avec l'angine herpétique classique.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 51. 1910.*

Manchmal kann die Influenza sich hauptsächlich durch exquisiten, lange dauernden Halsschmerz manifestiren, ohne dass local, von Röthung abgesehen, etwas Pathologisches am Pharynx feststellbar wäre. Escat hat im letzten Winter 27 solcher Fälle gesehen und bringt die Beschreibung einiger der beobachteten Fälle. Wenngleich die einfachste Deutung dieser Fälle die ist, dass das Influenzagift die sensiblen Bündel der Plexus pharyngeus ausnahmsweise stark betroffen hat, zieht es Escat vor, in seinen Fällen eine Abortivform des Herpes zoster buccopharyngealis zu sehen, wobei es nicht zur Bläschenbildung gekommen ist.

LAUTMANN.

50) **Pugnat. Pharynxparästhesien als symptomatisch für Geschwülste der Verdauungswege. (Des Paresthésies pharyngées symptomatiques de tumeurs des voies digestives.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 1. 1911.*

In drei Fällen konnte Pugnat constatiren, dass monatelang vor dem Manifestwerden von Darmkrebsen die Patienten über allerhand vage Gefühle im Rachen klagten, wobei einmal noch eine hypertrophische Zungenmandel, einmal eine schwarze Haarzunge und das dritte Mal ausgesprochener Tabakmissbrauch an der Diagnose von reiner Parästhesie des Rachens nicht zweifeln liessen. Im Anschluss an diese drei Fälle lenkt der Autor die Aufmerksamkeit auf diese Parästhesien, die mitunter Vorboten eines versteckten schweren Darmleidens sein können.

LAUTMANN.

51) **Blanke. Resection des rechten Oberkiefers mit darauffolgender Prothese. (Résection du maxillaire supérieur droit et prothèse consécutive.)** *Soc. Méd.-Chir. d'Anvers. Livraison du Janvier-Fébr. März 1910.*

Resection des rechten Oberkiefers wegen einer Geschwulst mit Infiltration der Submaxillardrüsen.

Beschreibung eines prothetischen Apparats zur Ausgleichung der Behinderung der Mastication, Deglutition und Phonation, bedingt durch die weit offenstehende Höhle, welche nach der Operation zurückblieb. BAYER.

52) **Moreau. Epitheliom der Submaxillargegend. (Epithéliome de la région sousmaxillaire.)** *La Presse Med. Belge. No. 49. 1910.*

In der Sitzung der Brüsseler anatomo-pathologischen Gesellschaft am 17. November 1910 zeigt M. ein Epitheliom der Unterkiefergegend vor, welches seinen Ursprung in der Haut genommen und zahlreiche Metastasen veranlasst hatte. Die Abtragung geschah mit Resection des Kiefers und Exstirpation der Drüsenpakete bei einem 60jährigen Mann. BAYER.

53) **Marsden** und **White. Ein eigenthümlicher Gaumentumor. (A peculiar tumor of the palate.)** *Medical Chronicle. April 1910.*

Die Geschwulst gehört zur Klasse der sogenannten Cylindrome; sie bildete eine glatte, umschriebene, straffe cystische Schwellung, die im harten Gaumen, links von der Mittellinie, gelegen war. Sie war bedeckt von einer gesunden Schleimhaut und setzte sich zusammen aus Canälen von verschiedener Grösse, von denen einige sich zu grossen Cysten erweiterten, die intracystische papilläre Geschwülste enthielten. A. LOGAN TURNER.

54) **Bonain. Fibrom des oralen Pharynx. (Tumeur fibreuse de la partie médiane du pharynx buccal.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 1911.*

Interessant war, dass der Tumor den Eindruck machte, vom Aryknorpel entsprungen zu sein. Die Abtragung gelang erst, als Bonain die galvanokaustische Schlinge anlegte. B. hält den Fall für eine grosse Seltenheit. LAUTMANN.

55) **E. M. Halmes. Carcinom der Uvula. (Carcinoma of the uvula.)** *Annales of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Die Geschwulst erstreckte sich auch auf die Gaumenbögen. Es wurde der weiche Gaumen, Gaumenbögen und Tonsillen entfernt; die Schleimhaut wurde, soweit möglich, aneinandergebracht und genäht. Die Heilung ging gut von statten jedoch fanden sich später Schwellungen der oberflächlichen und tiefen Cervicaldrüsen und auch eine Drüse unter der rechten Seite der Zunge. Die Drüsen wurden entfernt, jedoch brach dabei eine von ihnen, die erweicht war, auf und der Inhalt ergoss sich in die Wunde. Nach drei Monaten entstand hinter dem Sternocleido eine fluctuirende Geschwulst; bei der Incision entleerte sich Eiter und nekrotisches Material. Am vierten Tage danach Erysipel, woran Patient zu Grunde ging.

EMIL MAYER.

56) **Jeanselme** und **Touraine** (Paris). **Wirkung der verschiedenen Caustica auf die syphilitischen Plaques muqueuses. (Action des différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques.)** *Société médicale des hôpitaux. 29. Juli 1910.*

Das Interesse der Untersuchungen besteht darin, dass sie unter Contrôle des Ultramikroskops gemacht sind. Die besten Caustica sind Argentum nitricum und

Jodtinctur, alle Spirochäten werden durch sie zerstört; die Wirkung hält mehrere Tage an.

Bei Anwendung von verdünnten Argentumlösungen, Calomelsalbe, Unguent. neapolitanum ist die mikrobentödtende Wirkung unvollständig und auf die oberflächlichen Schichten der Plaques muqueuses beschränkt. GONTIER de la ROCHE.

57) **Gèzes. Ueber zwei extragenitale Sklerosen. (A propos de deux cas de syphilis primaire extragénitale; chancres du méat auditif et de la région pré-épiglottique.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 11. 1911.*

Von den zwei mitgetheilten Fällen von extragenitaler Sklerose interessirt uns hier der zweite Fall. Der Schanker sass an der lingualen Fläche der Epiglottis und in der Zungenmandel. Schwierigkeiten in der Diagnosenstellung bot er nicht dar, da er mit einer charakteristischen syphilitischen Angina combinirt war. Patient zeigte auch gleichzeitig eine Mischinfection mit Angina Vincenti. Eine histologische Untersuchung der Sklerose zeigte die Anwesenheit der Spirochaeta pallida. LAUTMANN.

58) **Prota. Verschluss des Hypopharynx durch glosso-pharyngeales Narbendiaphragma nach Syphilis. (Occlusione dell'ipo-faringe per diaframma cicatriziale glossofaringeo da sifilide.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1911.*

Der Verschluss durch das Narbendiaphragma war ein vollständiger. Es gelang mittels kleiner Eingriffe und allmählicher Dilatation die schwere Stenose zu überwinden. CALAMIDA.

59) **Geo W. Knipe. Fremdkörper im Pharynx eines kleinen Kindes. (Foreign body in infant's throat.)** *British Medical Journal. 23. Juli 1910.*

Es handelte sich um ein 11 Wochen altes Kind, aus dessen Pharynx eine Sicherheitsnadel gezogen wurde, die daselbst 23 Tage lang gesteckt hatte. Die Spitze sass wahrscheinlich in der linken seitlichen Pharynxwand.

A. J. WRIGHT.

60) **Morestin** (Paris). **Verwundung durch einen Revolverschuss in den Mund. (Accidents causés par une balle de révolver tirée dans la bouche.)** *Société de Chirurgie. 4. Januar 1911.*

Das Projectil verletzte Lippen, Zunge und Gaumensegel und blieb in der linken Massa lateralis des Atlas stecken. Abscedirendes Hämatom des linken Kiefer-Rachenraums; Verletzung des Halstheils des Sympathicus (Gefässdilatation einer Gesichtshälfte, Schwitzen und Myosis auf derselben Seite). Extraction des Geschosses. Heilung. GONTIER de la ROCHE.

61) **M. S. Ritchie. Die Mandel und die Sänger. (The tonsil and the singer.)** *Pennsylvania Medical Journal. Februar 1911.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Bei Sängern gebührt den localen Maassnahmen bei Mandelerkrankungen ein weiteres Feld der Anwendung, als bei anderen Patienten. Die kleinen versenkten (submerged) Tonsillen sind für den Sänger häufig verhängnissvoller als die grossen. Die Laienansicht, dass die

Entfernung der Tonsillen schädlich für die Stimme sei, ist auf unvollkommene Operation zurückzuführen; die Stimme wird im Gegentheil verbessert.

EMIL MAYER.

62) **J. S. Dwyer** und **Miss Gignoux. Bakteriologische Untersuchung der Tonsillarcrypten am Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital in New York im Winter 1909/1910. (Bacteriological examination of the tonsillar crypts at the Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital New York during winter 1909/1910.)** *The Laryngoscope. November 1910.*

Es fanden sich: rundeStreptokokken 50; Streptococcus, hämolytische Form 3; Streptococcus, Diploform mit Kapsel 3; Streptococcus, Diploform ohne Kapsel 18; Streptococcus, unregelmässig färbend 7; Staphylococcus 20; Pneumococcus 14; Diplococcus, grosse Lanzettform 6; Diplococcus, kleine Lanzettform 28; Diplococcus mucosus capseolatus 4; Grampositiver Coccus, Biskuitform 49; Tetracoccus 1; Bacillus influenzae 5; Diphtheriebacillus 16; Bacillus pyocyaneus 1; Friedländerbacillus 12; Bacillus catarrhalis 12; dünner Grampositiver Bacillus 7; sporentragender Bacillus 1; langer gebogener Bacillus 1.

EMIL MAYER.

63) **Lazarraga** (Malaga). **Vincent'sche Angina. (Angine de Vincent.)** *Annales de medicina y cirurgia de Málaga. Februar 1911.*

Zusammenfassende Studie.

A. J. TAPIA.

64) **F. Erbrich** (Warschau). **Tonsillectomie (eigene Methode).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Verf. legt zur Vermeidung einer Tonsillarzange eine lange Ligatur mittelst einer gewöhnlichen chirurgischen gebogenen Nadel, die in einer Zange befestigt ist, durch die Mandel. Mittelst des Fadens wird die Mandel hervorgezogen. Bei der Operation, die durch diese Methode wesentlich erleichtert und abgekürzt wurde, ist nie ein Reissen des Fadens oder ein Durchschneiden der Tonsille vorgekommen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.).

65) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Die chronische Tonsillitis und ihre Behandlung.** *Orvosi Hetilap. No. 25. 1911.*

Mit Hülfe des Morcellement kann alles Krankhafte entfernt werden, ohne den Organismus zu berauben, weil das gesunde Tonsillargewebe dabei verschont bleibt und durch die Operation Verhältnisse geschaffen werden, dass das zurückgebliebene gesunde Tonsillargewebe wieder seiner physiologischen Aufgabe entsprechen kann.

POLYAK.

66) **Garcia Illure** (Madrid). **Practische Betrachtungen über Tonsillotomie. (Consideraciones práticas sobre la amigdalotomia.)** *La Clinica y Laboratorio. 1911.*

Verf. bekennt sich als Anhänger des Gebrauchs der warmen Schlinge oder der Tuault'schen Zange, je nach den Fällen.

A. J. TAPIA.

67) **W. S. Syme. Enucleation der Tonsille wegen chronischer Erkrankung. (Enucleation of the tonsil for chronic disease.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1911.*

Die Grösse der Tonsille ist keine Indication für die Entfernung; dazu gehört,

dass die Tonsille erkrankt sei, die Crypten verstopft sind und häufig Entzündungen auftreten. Ist die Entfernung nothwendig, so hat sie nur durch die Enucleation zu geschehen, da gerade die tieferen Theile der Tonsille am meisten erkrankt sind.

A. J. WRIGHT.

68) **A. L. Weil. Eine neue Methode der Localanästhesie bei Tonsillectomie. (A new method of local anesthesia in tonsillectomy.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. März 1911.*

Verf. hat mit günstigem Erfolg die von Jankauer empfohlene Methode angewandt, 15 mg einer 1 proc. Cocainlösung in die Stämme des N. palatinus medius und posterior zu injiciren in den Knochenlöchern des harten Gaumens an der Verbindungsstelle mit dem Alveolarfortsatz.

EMIL MAYER.

69) **Goris. Cavernöses Mandellymphangiom. (Lymphangiome caverneux de l'amygdale.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1910.*

G. stellt in der Belgischen chirurgischen Gesellschaft einen Mann vor, welchem er einen Tumor aus der Mandelgegend von der Grösse von 7 cm Transversal- und 3 cm Verticaldurchmesser entfernt hatte; derselbe wog 48 g und war tief in der linken Mandelgrube inserirt.

Operation: Tracheotomie; Spaltung der Wange von der Lippencommissur an bis zum vorderen Gaumenbogen, dann Herausholen der Geschwulst vermittelst Bistouri und Scheere nach Loslösen der Adhäsionen etc.

In der Mitte des Tumor fand sich ein kleiner Stein, umschlossen von fibrösem Bindegewebe, wahrscheinlicher Ausgangspunkt desselben.

Prof. Jorez in Köln hält nach seiner mikroskopischen Untersuchung den Tumor für ein cavernöses Lymphangiom, was in der Discussion angezweifelt wird.

BAYER.

70) **E. Pólya** (Budapest). **Exstirpation eines Tonsillenkrebses.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1911.*

Unter dem Masseter wurde ein viereckiger Hautlappen gebildet, aufpräparirt die Wunde nach unten im Verlaufe des M. sternocleidomastoideus verlängert, die Drüsen der Regio submaxillaris und jene, welche der Vena jugularis interna auflagen, entfernt.

Nun wurde vom Mundwinkel bis zur Halswunde ein Schnitt geführt, der Kiefer von der Anheftungsstelle des M. masseter durchgesägt und sein aufsteigender Theil nach Mikulicz enucleirt. Auf diese Weise bietet sich genug Raum für die Entfernung des auch auf die Zungenbasis ausgebreiteten Mandelkrebses. Hierauf wird der im Beginn der Operation gebildete und jetzt auf dem M. masseter hängende Hautlappen in den Defect eingedreht und mit den Rändern der Schleimhautwunde des Rachens, des Gaumens, der Zungenbasis und der Wange vereinigt. Es folgt die Naht der Wangenschleimhaut und des grössten Theils der Hautwunde, deren tiefster Punkt drainirt wird. In die Parotisgegend kommt ein Gazestreifen.

POLYAK.

d. Diphtherie und Croup.

71) **H. Page. Diphtheriebacillenträger. (Diphtheria bacillus-carriers.)** *Archives of Internal Medicine. Januar 1911.*

Reinculturen von Staphylococcus pyogenes aureus in den Hals gesprayt, haben in 7 Fällen die Diphtheriebacillen in einem Zeitraum von 48—72 Stunden zerstört. P. empfiehlt das Verfahren in allen Fällen bei Bacillenträgern; es erwies sich als wirksam unmittelbar nach der Reconvalescenz von einer acuten Attacke.

EMIL MAYER.

72) **E. W. Goodall. Einige Punkte betreffend die Serumbehandlung bei Diphtherie. (On some points connected with the serum treatment of diphtheria.)** *British Medical Journal. 11. Februar 1911.*

Serumerkrankungen in Form von Fieber und Urticaria traten bei 33 pCt. der mit Antitoxin behandelten Fälle auf; in ungefähr 4 pCt. zeigten sich auch Symptome von Arthritis. Diese Symptome, die in der Zeit von 1—3 Wochen nach der Injection auftraten, können als „normale“ Reaction angesehen werden. „Abnorme“ Reactionen können sich — und zwar sehr häufig — nach einer zweiten Injection zeigen, vorausgesetzt, dass beide Injectionen durch einen längeren Zeitraum als eine Woche getrennt sind. Ueber eine Woche hinaus scheint es keine zeitliche Grenze nach oben zu geben; wenigstens hat Verf. die abnorme Reaction in einem Fall 5 Jahre nach der ersten Injection getroffen. Die abnormen Reactionen treten in drei Formen auf: Erstens nach einer normalen Incubationsdauer von 9 Tagen als ausgesprochene Urticaria mit Fieber und Schwäche. Zweitens in einer schweren Form mit abgekürzter Incubationsperiode von weniger als einer Woche. Drittens Fälle von „unmittelbarer“ Reaction, bei denen schwere Erscheinungen von Fieber, Urticaria, Cyanose und Collaps nach einer Incubationsperiode von ein paar Stunden oder weniger auftreten. Abnorme Reactionen treten auch gelegentlich nach einer ersten Injection auf und können sehr schwerer Natur sein; es sind 16 solche letal verlaufende Fälle berichtet. Dyspnoe, Aussetzen der Athmung und Collaps sind gewöhnlich vorhanden; Personen, die an Asthma oder ähnlichen Neurosen leiden, neigen besonders dazu.

Verf. folgert, dass Antitoxin nicht als Prophylacticum gegeben werden soll, besonders nicht bei Asthmatikern; auch in zweifelhaften Fällen soll es erst gegeben werden, wenn die Diagnose feststeht. Bei Asthmatikern soll es nur bei schweren Symptomen, besonders von Seiten des Larynx, gegeben werden.

A. J. WRIGHT.

73) **Blumenau. Ueber active antidiphtherische Immunisation der Kinder nach der Methode von Dzerzgowski. (Ob aktiwnoi protiwo difterino immunisatjii detei po spocobu Dzerzgowskawo.)** *R. Wratsch. p. 151. 1911.*

In Anbetracht dessen, dass die passive Immunität nicht genügend Schutz bietet, versuchte B. nach der Methode von Dzerzgowski an 17 Kindern die active Immunisation.

Es wurde den Kindern täglich abwechselnd in die linke und rechte Nase

ein Wattetampon geführt, der mit Diphtherietoxin getränkt war (0,009 dieses Toxins war die kleinste tödtliche Dosis für Meerschweinchen).

Es entwickelte sich auf der Nasenschleimhaut ein Belag und das Blut enthielt Antitoxin. Wenn die Tampons alle 3 Tage auf 1/2 Stunde eingeführt wurden und die Concentration eine geringere war, wurde nach 20maliger Anwendung des Tampons in einem Falle eine 1000fache Vergrösserung der Antitoxinmenge constatirt. Bl. glaubt, dass eine solche Immunisirung sogar von Nichtärzten ausgeführt werden kann.

P. HELLAT.

74) **Woinow. Intubation bei diphtheritischen Stenosen des Kehlkopfes und die Zweckmässigkeit secundärer Tracheotomie bei denselben. (Intubazia pr difterinych sushenijach gortani i o zelesoobrasnosti wtortschnoi trocheotomii w nich.)** *R. Wratsch. p. 352. 1911.*

W. bearbeitete das Material seiner Abtheilung von 1905—1909, in welchem Zeitraum er 2400 reine Diphtheriekranke beobachtete, welche an diphtheritischer Laryngitis und Stenosen litten. Von diesen wurden intubirt 1070, nicht intubirt, obgleich Stenose vorlag, 554. — Primäre Tracheotomie 44mal, secundäre 18mal, 687mal kam es nicht zur Stenose.

Geheilt wurden von der letzten Kategorie alle, ebenso die 554 nicht Intubirten. Von den Intubirten starben 57 pCt. und während der Intubation selbst 29. — Von den Primärtracheotomirten starben 93,2 pCt. und von Secundättracheotomirten 75 pCt. — Auf Grundlage dieser und noch vieler anderer lehrreicher Tabellen kommt W. zum Schlusse, dass die Frühintubation in keinem Falle anzurathen ist, ebenso wenig die larga manu ausgeführte secundäre Tracheotomie.

P. HELLAT.

75) **Schuhmacher** (Zürich). **Tracheotomie bei Kehlkopfdiphtherie.** (Sitzungsbericht der Gesellschaft der Aerzte in Zürich.) *Corresponzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 13. 1911.*

In mehreren Fällen von Diphtherie des Kehlkopfes wurde die von Frank wieder eingeführte Tracheotomia transversa angewendet. Natürlich ist der Knorpelschnitt longitudinal. Es soll dabei ein kosmetischer Erfolg erzielt werden und die Narben sollen kaum sichtbar sein.

JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Gontier de la Roche** (Toulon). **Umschriebene Atrophie des linken Stimmbandes. (Atrophie limitée de la corde vocale gauche.)** *Société de médecine du Var. Januar 1911.*

Es bestand völlige Aphonie bei einem jungen Soldaten; sie hatte sich im Anschluss an eine schwere Influenza allmählich entwickelt. Man constatirte eine Atrophie des mittleren Theiles der linken Simmlippe, entsprechend dem Ansatz an den Aryknorpel. Alle Behandlungsmethoden haben versagt.

GONTIER de la ROCHE.



77) **H. Arrowsmith. Vincent'sche Angina, ausschliesslich auf den Kehlkopf beschränkt. (Vincent's angina involving the larynx exclusively.)** *Annales of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Es handelte sich um einen 26jährigen Mann mit einer leichten Schwellung aussen am Halse; laryngoskopisch fand man ödematöse Schwellung der Epiglottis, der Aryknorpel und Taschenbänder; 24 Stunden nach Aufnahme in das Hospital wurde die Tracheotomie nothwendig. Am vierten Tage wurde die Canüle entfernt und Pat. konnte bald geheilt entlassen werden.

Nach einigen Monaten kehrte er wieder mit Dyspnoe, Schwellung der Weichtheile am Hals zurück. Die Incisionswunde am Halse wurde wieder geöffnet und es entleerte sich eine Menge stinkenden Eiters, der sich im peritrachealen Gewebe angesammelt hatte. Es wurden mehrere kleine Abscesse gespalten; eine Communication mit dem Innern der Trachea konnte nicht entdeckt werden. Der Eiter nun enthielt colossale Mengen von fusiformen Bacillen und Vincent'schen Spirillen. Eine Woche später war die Dyspnoe so, dass wieder tracheotomirt werden musste; Ausstriche aus der Trachea zeigten die specifischen Mikroorganismen fast in Reincultur, ebenso wie das beim Husten zu Tage geförderte Sputum. Während der nächsten 6 Wochen ergab die Untersuchung von Ausstrichen aus der Trachea, vom Sputum und den Granulationen an der Trachealwunde fast Reinculturen der Spirillen und der fusiformen Bacillen, zeitweise vermischt mit Pneumokokken, Staphylokokken und Streptokokken. Da die Symptome nichr zurückgingen und bei Verschluss der Tube keine Luft den Larynx passirte, so entschloss sich Verf. zur Thyreotomie und legte eine Jackson'sche Laryngostomietube ein, um den Larynx für locale Applicationen offen zu halten und in der Hoffnung, bleibende Narbendeformationen für die Zukunft zu verhüten. Nach Eröffnung des Kehlkopfs wurde eine krümlige käsige Exsudatmasse entfernt, die voll von specifischen Mikroorganismen war. Unter dem Exsudat war die Schleimhaut erodirt und blutete leicht; an einigen Stellen konnte der blosse Knorpel gefühlt werden. Wassermann fiel negativ aus; eine antisyphilitische Behandlung war ohne Erfolg. Nach erfolgreicher Localbehandlung von Larynx und Trachea konnte nach 14 Tagen die Laryngostomietube entfernt und eine gewöhnliche Tracheotomiecanüle wieder eingeführt werden. Nach einem weiteren Monat waren die fusiformen Bacillen und Spirillen aus dem Sputum und den Secreten verschwunden, jedoch hatte sich eine ausgesprochene Narbenstenose des Larynx herausgebildet. Versuche, eine Dilatation mittels Schrötter'scher Bougies herbeizuführen, mussten nach einiger Zeit aufgegeben werden. Das Larynxinnere bleibt verdickt und rigide.

Verf. fügt dann noch einen Fall hinzu, in dem Epiglottis, Aryknorpel und Taschenbänder mit einem dicken, weisslichen Exsudat bedeckt waren, in dem sich zahlreiche fusiforme Bacillen und Spirillen fanden; Pat. hatte Lungenphthise. Verf. fasst diesen Fall auf als Infection mit den Mikroorganismen der Vincentschen Angina bei präexistirender Lungentuberculose.

EMIL MAYER.

78) **Moure. Ueber Laryngitis ulcero-membranacea. (De la laryngite ulcéro-membraneuse.)** *Revue hebdom. de laryngol. etc. No. 10. 1911.*

Als Moure auf dem Budapester Congress die Laryngitis ulcero-membranosa

beschrieb, glaubte er, dass kein ähnlicher Fall in der Literatur vorliege. Doch fand er, dass Reiche (in der Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1907) bereits vor ihm einen Fall beschrieben hätte. Der dritte Fall wurde von Arrowsmith (auf der Tagung der Amerikanischen oto-laryngologischen Gesellschaft in Washington 1910 cfr. vorhergehendes Referat) veröffentlicht. Moure giebt eine genaue Beschreibung der Krankheit. Mehr noch wie bei der Amygdalitis ulceromembranosa fällt das Befallensein des Gesammtorganismus bei der Vincent'schen Laryngitis auf. Die Prognose ist auch sonst ernst zu stellen, weil wie in dem Falle von Moure eine schwere Kehlkopfstenose resultiren kann, die eine langwierige Nachbehandlung erfordern kann. Im Falle Moure's kam es zu einer solchen Stenosenbildung und beschreibt Moure ausführlich die ins Werk gesetzte Dilatationsbehandlung.

LAUTMANN.

79) **Harmon Smith. Ein Fall von Kehlkopfsyphilis. (A case of laryngeal syphilis.)** *N. Y. Medical Journal. August 1910.*

Im vorliegenden Fall fand sich eine kugelige, aus dem Ventrikel herausragende Geschwulst; es bestand ausgesprochene Abmagerung, Morgens und Abends Husten, abendliche Temperatursteigerung, Nachtschweisse, Schluckschmerzen, geringe Hämoptyse. Alles sprach für Tuberculose. Thorax- und Sputumuntersuchungen ergaben jedoch ein völlig negatives Resultat. Es stellte sich heraus, dass es sich um Syphilis handelte.

EMIL MAYER.

80) **O. Chiari. Arsenobenzol bei syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 9. December 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1910.*

Beobachtung von zwei Fällen. Im ersten handelte es sich um Nekrose des Ringknorpels und scheint das Ehrlich'sche Mittel dem Fortschreiten der Nekrose Einhalt gethan zu haben, im zweiten Falle — subglottische Infiltrate mit starker Stenosirung — war der Effect des Arsenobenzols ein viel deutlicherer.

HANSZEL.

81) **Sack** (Moskau). **Ein Fall von Laryngitis gummosa, mit 606 behandelt.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngol. S. 92. 1911.*

Die 10 jährige Patientin zeigte neben Narben (in der Haut über dem rechten Nasenbein, an der hinteren Rachenwand) und neben Verwachsungen der hinteren Gaumenbögen mit der Rachenwand luetische Geschwüre am Kehldeckel, aryepiglottischen Falten und Aryknorpeln. Schon einige Tage nach der Einspritzung von 0,2 Arsenobenzol war die Athmung leichter und die Stimme klarer, rasche Gewichtszunahme und Besserung des localen Befundes.

Arsen konnte im Urin bis zum 25. Tage nach der Einspritzung nachgewiesen werden. 26 Tage nach der Injection fiel die Wassermann'sche Reaction noch stark positiv aus.

OPPIKOFER.

82) **Schröder** und **Kaufmann** (Schömberg). **XII. Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg O.-A. Neuenburg nebst casuistischen Beiträgen zur Klinik der Tuberculose.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 24. 1911.*

1. Bei einem 22jährigen Kranken wurde die Epiglottis mit der Glühschlinge abgetragen, 2 Wochen nach der Operation Meningitis, die zum Exitus führte.

2. 26jährige Frau, bei welcher die erste Gravidität gut überstanden worden war, es war während dieser die bestehende Larynxtuberculose fast zur Ausheilung gekommen. Bei der 2. Gravidität künstlicher Abortus (3. Monat), nach diesem Eingriff rapide Verschlimmerung des Lungenprocesses, während der Befund im Larynx sich nicht änderte, Exitus nach etwa 6 Monaten. SEIFERT.

83) **Oller** (Barcelona). **Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose. (Curabilidad de la tuberculosis laringea.)** *Revista espanola de laringologia. März-April 1911.*

O. berichtet über drei Fälle, behandelt mit Galvanokaustik, Touchirungen mit Permanganat, Injectionen von Tuberculin; zwei von den Fällen wurden geheilt; der dritte wurde erheblich gebessert, erlag aber später seinem sehr vorgeschrittenen Lungenleiden. TAPIA.

84) **Wilms** (Basel). **Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Röntgenbestrahlung (Tiefenbestrahlung).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Die vortrefflichen Erfolge, die Verf. mit der Tiefenbestrahlung (alle 3 Wochen eine sog. volle Sabourauddose, einstündige Dauer, Bedeckung mit Aluminium) bei Knochen- und Gelenktuberculose erzielt hat (vergl. Iselin, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 103), veranlassten ihn, auch einem Fall von Kehlkopftuberculose (Ulcus der Hinterwand im Zusammenhang mit einem tuberculösen Abscess an der Vorderseite des Halses) mit derselben Methode zu behandeln. Nach zwei Bestrahlungen vollkommene Heilung sowohl des Ulcus als auch des Abscesses, nachdem dieser geöffnet, ausgekratzt und mit Jodoformpulver eingestäubt war. ZARNIKO.

85) **A. Da Gradi** (Pavia). **Ueber den Verlauf der Kehlkopftuberculose bei der mit künstlichem Pneumothorax behandelten Lungenschwindsucht.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. 1910.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, bei denen schwere Kehlkopftuberculose spontan oder unter Anwendung einfacher Mittel (Inhalationen von Bromoform-Formaldehydalkohol, Pinselungen mit Guajacöl u. A.), sich erheblich besserte oder verschwand, nachdem die erkrankte Lunge mit Anlegung eines künstlichen Pneumothorax behandelt war. ZARNIKO.

86) **C. L. Minor. Diagnose und Behandlung der Früherscheinungen im Kehlkopf bei Lungentuberculose. (The diagnosis and treatment of the earlier changes in the larynx in pulmonary tuberculosis.)** *Journal American Medical Association. 19. November 1910.*

Zur Behandlung der allerersten Stadien der Kehlkopftuberculose empfiehlt Verf.: absoluteste Stimmruhe; Vermeidung aller reizenden Momente (Tabak,

trockene Luft etc.); Reinigung des Larynx mittels eines alkalischen Sprays, wozu er den Patienten einen besonderen Atomizer mit rechtwinkelig nach unten abgebogener Spitze benutzen lässt; ferner Anwendung von Adstringentien und zwar hat sich ihm bei starker Congestion ein 2 proc. Alumnolspray bewährt, während bei nicht zu ausgesprochener Congestion ein Mentholspray zu empfehlen ist.

Ueber alle Mittel stellt aber Verf. das Jodoform und zwar nicht die gewöhnliche amorphe, sondern die feine krystallinische Form desselben. Dieses lässt er mittels eines besonderen Zerstäubers, der lang genug sein muss, um bis über den Larynxeingang zu reichen, Morgens und Abends insuffliren. Verf. hat bei nicht ulcerirten oder leicht ulcerirten Formen damit die ausgezeichnetsten Resultate erzielt.

Für mässig vorgeschrittene Fälle empfiehlt er Milchsäure. EMIL MAYER.

87) **Bosse** (Riga). **Zur Behandlung der Larynxtuberculose mittels des Cykloform-Anästhesin-Corofinsprays.** *Centralbl. f. innere Medicin. 24. 1911.*

Um den Patienten die Möglichkeit eigener Anwendung der von Baumgarten angegebenen Lösung zu verschaffen, empfiehlt Bosse den Spray mittels des „Glaseptic-Nebelzerstäubers“ von Parke, Davis & Co., den die Patienten leicht gebrauchen lernen und in der Tasche mit sich tragen können, um jederzeit davon Gebrauch zu machen. SEIFERT.

88) **Homer Dupuy. Stimmruhe, Formol und Galvanokaustik in der Therapie der Kehlkopftuberculose. (Vocal rest, formol and the galvano-cautery in the laryngeal tuberculosis.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. März 1911.*

Auf Grund vierjähriger Erfahrung empfiehlt Verf.:

1. Stimmruhe in allen Formen und Stadien der Kehlkopftuberculose; Verständigung mit Papier und Feder.

2. Formol (5—10—15—20 proc.), allmählich steigend; die locale Reaction giebt den Maassstab; der Aetzschorf muss erst verschwinden, bevor eine neue Application geschieht.

3. Galvanokaustik ist besonders anwendbar und wirksam bei Infiltration der Hinterwand. EMIL MAYER.

89) **Lazarraga** (Malaga). **Die Behandlung der Dysphagie bei der Kehlkopftuberculose. (El tratamiento de la disfagia en la tuberculosis laringea.)** *Anales de medicina y cirurgia. März 1911.*

Verf. empfiehlt die Alkoholinjectionen um den Nervus laryngeus superior.

TAPIA.

90) **Wolff Freudenthal. Laryngitis dolorosa.** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Verf. bespricht die Schluckschmerzen bei tuberculösen, syphilitischen, carcinomatösen und diabetischen Geschwüren. Er wendet jetzt bei Hyperalgesie Propaesin an, das eine länger dauernde Wirkung hat, als alle anderen Analgetica. Er verwendet es als Pulver oder in folgender Emulsion:

Rp. Propaesin 5,0
Formaldehyd 1,0
Menthol. 0,5
Ol. amygdal. dulc. 15,0
Gumm. acaciae q. s.
Aq. dest. ad 50.

Verf. stellt das Propaesin über Orthoform und Anaesthesin. Auch in 2 Fällen von syphilitischen Geschwüren war das Resultat gut.

Verf. bespricht dann noch die Alkoholinjectionen und die Indicationen der Thyreotomie bei Kehlkopftuberculose, die er für die Fälle anerkennt, in denen bei geringer Lungenaffection die Hauptstörungen vom Kehlkopf ausgehen.

EMIL MAYER.

91) **Alfred Lewy. Analgesie des Kehlkopfs durch Alkoholinjection in den inneren Ast des N. laryngeus superior. (Analgesia of the larynx by alcohol-injection of the internal branch of the superior laryngeal nerve.)** *The Laryngoscope. Januar 1911.*

Verf. beschreibt die Technik der Alkoholinjectionen und berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit denselben.

EMIL MAYER.

92) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Abscess der Epiglottis. (Abscesso de la epiglotis.)** *La Clinica Castellana. October 1910.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

93) **J. S. Watermann. Abscess des Kehlkopfs. (Abscess of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1910.*

Der mitgetheilte Fall ist darum von Interesse, weil zwei völlig getrennte Abscesse im Kehlkopf vorhanden waren.

EMIL MAYER.

94) **Barberá** (Valencia). **Perilaryngealer Abscess. (Abscesos perilaringeos.)** *Boletin de laringologia. September-October 1910.*

Verf. theilt die perilaryngealen Eiterungen ein in seitliche, vordere (Zungentonsille) und hintere (Retropharyngealabscess). Er berichtet über einige Fälle und bespricht Symptomatologie und Behandlung.

TAPIA

95) **L. Paglieri. Ueber einen schweren Fall von peritrachealer Phlegmone. (Su di un caso grave di flemone peritracheale.)** *Bollett. Cliniche. Februar 1911.*

19jähriger junger Mann, der im Verlaufe einer leichten Tonsillitis ganz plötzlich schwere asphyktische Symptome und Dysphagie zeigt, verursacht durch eine Eiteransammlung zwischen Trachea und Oesophagus. Der Abscess wurde geöffnet und Patient kam schnell zur Genesung.

Der Fall ist nicht nur interessant wegen der schweren und seltenen Complication der Angina, sondern auch wegen der Schnelligkeit, mit der die gefahrdrohenden Symptome sich entwickelten.

CALAMIDA.

96) **Schinizi Ziba** (Tokyo). **Ueber die „aphthösen" Geschwüre der Trachea und des Larynx bei tuberculöser Lungenphthise.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Auf Grund pathologisch-anatomischer, mikroskopischer und bakteriologischer Befunde tritt Verf. für die Existenz „aphthöser" Geschwüre in Trachea und Larynx bei tuberculöser Lungenphthise ein, indem er sich vorstellt, dass die Geschwüre durch im Caverneninhalt oder Sputum enthaltene Streptokokken verursacht werden. Secundäre Infection der aphthösen Geschwüre mit Tuberkelbacillen kommt auch vor.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMEERER).

97) **Max Zimmermann** (Königsberg i. Pr.). **Beiträge zur Lehre von den Verletzungen der Luftwege. III. Zur Kenntniss der isolirten Trachealfracturen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Verf. beschreibt einen eigenen Fall und giebt eine Casuistik aller bisher bekannten Fälle unter tabellarischer Zusammenstellung der Fälle von isolirten Luftröhrenbruch. Im Ganzen existiren 40 Fälle in der Literatur.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

98) **Hobmeier** (Greifswald). **Ueber ein neues Verfahren zur Deckung von Trachealdefecten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1911.*

Auf Grund einer Reihe wohlgelungener Thierversuche empfiehlt H. folgendes Verfahren: Man deckt den Trachealdefect durch einen ohne Verletzung abpräparirten Fascienlappen (Musc. sternocleidomastoideus). Der Lappen muss so gross sein, dass er den Defect auf allen Seiten überragt, so dass die Ränder des Lappens auf gesundem Trachealgewebe ruhen. Die frühere Muskelfläche wird dem Lumen zugewandt. Fixationsnähte an den vier Enden, die den Lappen und die ganze Dicke der Trachea durchfassen. Hierauf Befestigung des Lappens ringsum durch fortlaufende Nähte am Rande des Trachealdefectes. Um eine Einziehung dieses Lappens in die Trachea bei normaler Nasen-Kehlkopf-Athmung zu beseitigen, werden „die Ränder des Lappens angespannt und nun weiter vom Defect entfernt durch eine zweite fortlaufende Naht an das Perichondrium der Luftröhre befestigt". Diese Vereinigung von Fascie und Perichondrium ist auch insofern von grosser Bedeutung, als die Ernährung der Fascie vom Perichondrium aus durch zahlreiche Gefässentwicklung erfolgt (mikroskop. Befunde). Sodann Vereinigung der Halsmusculatur und Schluss der Wunde mit Collodium-Watteverband. Heilung per primam. Wichtig ist ferner, dass die Fascie mit Musculatur bedeckt ist. „Ist die Einlegung eines Gazestreifens zur Verhütung einer eventl. Infection nothwendig, so soll dieser vom Ort der Plastik entfernt zwischen die Musculatur gelegt werden." „Ein freies Liegenbleiben des Lappens oder Auflegen eines Gazestreifens auf denselben würde zur Austrocknung und damit zu einer den Heilerfolg in Frage stellenden Gewebsschädigung führen."

HECHT.

99) **Ernst Simmel** (Schöneberg). **Zur Casuistik des primären Carcinoms der Trachea.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Carcinoma simplex, das die Trachealwand in seinem Bereich bis auf die

Knorpel völlig zerstört hatte und die äusseren Schichten der hinteren Oesophaguswand durchsetzte. Der Sitz unterhalb des Ringknorpels ist ausserordentlich selten, da die Carcinome gewöhnlich an der Bifurcationsstelle sitzen. Gleichzeitige Bildung eines Trachealdivertikels. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

100) **O. Ebert. Ueber den Durchbruch käsiger Bronchialdrüsen in benachbarte Organe.** *Dissert. Halle 1908.*

Fall 1: Durchbruch von mediastinalen Lymphdrüsen in Trachea und Oesophagus: Der 3 jährige Knabe war an Lungentuberculose gestorben. Bei der Section fand sich zwischen Trachea und Oesophagus auf der Höhe der Bifurcation eine taubeneigrosse Abscesshöhle, die sowohl mit der Trachea als auch mit der Speiseröhre in offener Verbindung stand. Die hintere Wand der Trachea zeigte einen 3 cm breiten und 2 cm langen Defect, der auf die mediale Circumferenz beider Hauptbronchien sich fortsetzte. Die Perforation in die Speiseröhre war 3 cm unterhalb der Bifurcation gelegen und erbsengross.

Fall 2: Durchbruch von verkästen mediastinalen Lymphdrüsen in die Arteria anonyma und die Trachea: Bei einem 36 jährigen Mann bestand eine nicht schwere Lungentuberculose; die Temperatur war normal. Ganz unerwartet trat eine Hämoptoe ein, die in wenigen Minuten zum Tode führte. Section: Ueber der Bifurcation lag ein hühnereigrosser Drüsenabscess, der in die Luftröhre und die Arteria anonyma durchgebrochen war. Im mittleren Drittel der Trachea fand sich ein 1,5 cm langer und 2,2 cm breiter zackiger Wanddefect. Die Perforation in die Arteria anonyma lag dicht über ihrer Abzweigung von der Aorta und war stecknadelkopfgross.

Fall 3: Durchbruch einer käsig erweichten Lymphdrüse des vorderen Mediastinums in die Arteria carotis dextra und die Trachea: Bei einem 27 jährigen Mann im Verlaufe eines Jahres mehrmals Exstirpation und Auskratzen von tuberculösen Drüsen der rechten Halsseite. Lungenbefund normal. Leichte Temperatursteigerung und Abmagerung. Unerwartet tödtlich endigende Hämoptoe. Section: Tuberculose der rechten Lungenspitze. In der Trachea 6 cm unterhalb des Ringknorpels weite Oeffnung, die in kirschgrosse Abscesshöhle führt. Letztere communicirt durch einen 3 mm langen schlitzförmigen, glattrandigen Defect mit der Arteria carotis communis dextra, nahe der Abgangsstelle der Arteria thyreoidea inferior.

Fall 4: Durchbruch einer tuberculösen Lymphdrüse in das Herz durch die Wand des rechten Vorhofes. OPPIKOFER.

101) **Koch. Verschluss der Bronchien durch tuberculöse Drüsen.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 2. März 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1911.*

Demonstration des Präparates: Vergrösserung der verkästen Drüsen an der Bifurcation der Trachea mit Arrosion ihrer rechten Wand, sodass eine Communication mit dem Oesophagus bestand. An der Bifurcation sass in jedem Hauptbronchus ein obturirender Pfropfen aus verkästem Lymphdrüsengewebe. Aus diesem Grunde hatte auch die Intubation und Tracheotomie bei dem 6 jährigen Kinde keinen Erfolg. HANSZEL.

f. Schilddrüse.

102) **Turin** (Valeyres sous Rauces). **Blutveränderungen unter dem Einfluss der Schilddrüse und Schilddrüsensubstanz.** *Dissert. Leipzig 1911.*

Schon 1883 schrieb Kocher dem Einfluss der Schilddrüse Blutveränderungen zu und Horsley fand bald nachher, dass das Blut der Schilddrüsenvenen mehr Leukocyten enthalte, als dasjenige anderer Venen. 1908 veröffentlichte Kocher, dass durch die Blutuntersuchung ein früher und wichtiger Anhaltspunkt für die Diagnose und Prognose des Morbus Basedowi gegeben sei.

Eigene Befunde des Verf. an Fällen aus der Klinik Kocher's von Basedow und unvollständigem Basedow (33 Fälle), von gewöhnlichen Kröpfen (15 Fälle) und malignem Kropf (2 Fälle), sowie nach Darreichung von Schilddrüse (13 Fälle), führten zu folgenden Ergebnissen:

1. die einfache Colloidstruma erzeugt keine Abnormität des Hämoglobingehaltes, noch auch der Zahl der Erythrocyten und Leukocyten, und der Verhältnisszahlen der einzelnen Leukocytenformen.

2. Durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten lässt sich in kurzer Zeit eine Vermehrung der Lymphocyten hervorrufen. Gewöhnlich erfolgt gleichzeitig ein Verminderung der Leukocyten auf Kosten der polymorphkernigen Neutrophilen.

3. Die für Basedow charakteristische Lymphocytose und Leukopenie ist als Reaction der blutbildenden Organe auf eine vermehrte Secretion seitens der Schilddrüse zu betrachten.

JONQUIÈRE.

103) **Ernst Handmann** (Freiburg i. Br.). **Schilddrüsenveränderungen und Hämoglobingehalt des Blutes bei Chlorose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1911.*

Unter 44 ausschliesslich an Chlorose leidenden Kranken zeigten 25 eine Struma, darunter 3 Basedow-Symptome. Autor erörtert in Kürze die Frage eines möglicherweise bestehenden ätiologischen Zusammenhanges zwischen Chlorose und Schilddrüsenerkrankungen und verbreitet sich dann eingehend über Aetiologie, Symptomatologie (darunter namentlich Hämoglobingehalt des Blutes) und Therapie der Bleichsucht.

HECHT.

104) **S. P. Beebe. Gegenwärtige Kenntniss der Schilddrüsenfunction. (Present knowlegde of thyroid function.)** *Journal American Medical Association. 4. März 1911.*

Es sind Versuche gemacht worden, die darthun sollen, dass die Schilddrüse eine besonders wirksame Function in der Bekämpfung der Infectionen des Körpers ausübt. Der aus der Drüse exprimirte Saft hat zwar eine deutliche bactericide Wirkung, jedoch ist dieselbe nicht grösser als der von Extracten der Leber und Niere. Es fand sich, dass der Alexingehalt des Blutes bei solchen Thieren gesteigert war, denen Schildrüse gegeben wurde, und es ist eine gewöhnliche Beobachtung, dass myxomatöse und kretinöse Individuen sich gegen Infectionen wenig resistent verhalten, während andererseits gewisse Beobachter glauben, dass jede Infection die Schilddrüse zu gesteigerter Activität anreizt. Es ist wahrschein-

lich, dass es sich um eine allgemeine und nicht um eine specifische Wirkung der Schilddrüse gegen Infectionen handelt.

EMIL MAYER.

105) **Alfred Saenger** und **Sudeck** (Hamburg). **Ueber den Morbus Basedowii.** *Mit 5 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1911.*

Autor bespricht kritisch die verschiedenen Theorien über die Aetiologie des Morbus Basedowii und zwar: 1. Die ursprüngliche Anschauung von Basedow selbst. 2. Die Sympathicustheorie. 3. Die Vagustheorie. 4. Theorie bezügl. Sitz der Erkrankung in der Medulla oblongata. 5. Theorie von Möbius bezügl. Hyper- und Dysfunction der Schilddrüse. 6. Theorie von v. Cyon und Blum, welche die Schilddrüse als ein entgiftendes Organ betrachten. 7. Neurosentheorie. Unter kritischer Verarbeitung der gesammten Litteratur und Verwerthung eines reichen Materiales aus eigener Praxis, das zum Theil in der Arbeit mitgetheilt wird, bekennt Saenger sich als Anhänger der Möbius-Kocher'schen Theorie, erinnert warnend an die Schädigungen der Jod-Therapie, warnt auch vor den Thyreoidintabletten, während er das Antithyreoidin Möbius, sowie das Rodagen empfiehlt. Ausserdem natürlich entsprechende Allgemein- und klimatische Behandlung. Versagt die interne Therapie, dann überweise man den Pat. rechtzeitig dem Chirurgen.

HECHT.

106) **P. Sudeck** (Hamburg). **Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1911.*

Nach einigen statistischen Erörterungen bespricht S. die Symptomatologie des Morbus Basedowii und weist in erster Linie auf das charakteristische Verhalten der primären Basedowstrumen hin, die meist als Struma vasculosa ein nonnensausenartiges systolisches Geräusch über einer oder mehreren Arterien der Schilddrüse zeigen; bisweilen ist das Geräusch auch als Schnarren fühlbar. Nach Hinweis auf die Theorie von A. Kocher jun. über die Ueberfunction bezw. Ueberresorption gelösten Schilddrüsensecretes, sowie auf das wichtige von Th. Kocher angegebene Symptom der Veränderung des Blutbildes je nach der Intensität der Erkrankung, sowie dessen procentuale Rückkehr zur Norm, je nach dem Grade der Besserung, verbreitet sich Autor über die Symptomatologie der Erkrankung direct nach der partiellen Strumectomie und im weiteren Heilungsverlauf. Er bespricht die Rückbildungsmöglichkeit dilatirter insufficienter Herzen, die er wiederholt auch röntgenographisch nachweisen konnte. Bezüglich der Technik verweist S. auf die mannigfachen Verbesserungen derselben, die auch vollkommenere Resultate zeitigten, so dass man jetzt mit einer Mortalität von $1^1/_2$, höchstens 5 pCt. rechnen kann, ein Resultat, das „durch grundsätzliche frühzeitige Operation sicher noch gebessert werden kann". Die verschiedenen Theorien über die postoperativen Todesursachen sind alle als berichtigt aufgegeben; in der Regel tritt der Tod infolge Herzinsufficienz ein, die bei den schweren Fällen durch den physischen und körperlichen Shock der Operation bedingt ist. Man stelle also die Indication für die Operation nicht zu spät und führe dem Pat. möglichst frühzeitig dem Chirurgen zu.

HECHT.

107) J. Broeckaert. **Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Traitement chirurgical du goitre exophthalmique.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. August 1911.*

B. hat anfangs im Verein mit einem Chirurgen, später selbständig seine Basedow-Patienten operirt und in sämmtlichen 11 Fällen ausnahmslos günstige operative wie therapeutische Resultate erzielt. Broeckaert empfiehlt die Resection der beiden Strumahälften mit Erhaltung der Verbindungsbrücke. LAUTMANN.

108) Alonzo E. Taylor. **Die Behandlung des Morbus Basedow mit spezifischem Antiserum. (The treatment of exophthalmic goiter with specific antiserum.)** *Journal American Medical Association. 28. Januar 1911.*

Die Serumbehandlung brachte keine Besserung; es konnten selbst grosse Mengen des Serums ohne jede Wirkung injicirt werden. EMIL MAYER.

109) **Gigon** (Basel). **Der Stoffwechsel bei Myxödem.** *Med. Klinik. 19. 1911.*

Die wichtigsten Stoffwechselstörungen beim Myxödem resp. bei Hypo- oder Athyreosis lassen sich folgendermaassen deuten: Die directe Wirkung des Schilddrüsenmangels äussert sich in der Herabsetzung des Energieumsatzes, des Eiweissumsatzes, wahrscheinlich auch im Wasser- und Salzstoffwechsel. Eine Erniedrigung des Fettumsatzes ist noch nicht bewiesen. Als indirecte Wirkung tritt die Störung im Kohlehydratstoffwechsel ein. SEIFERT.

g. Oesophagus.

110) **A. Flesch** und **J. Péteri** (Budapest). **Ueber radiologische Diagnose der narbigen Stenosen der kindlichen Speiseröhre.** *Orvosi Hetilap. No. 5—7. 1911.*

Anstatt Wismuth wird dünnes süsses Milchgries (100 ccm) mit 30—40 ccm Zircon (Contrastin des Polyphor A. G. m. b. H. in München) gemischt und den Kindern zum Schlucken gegeben. Vortheile dieses Verfahrens sind, dass wir von dem ganzen Verlaufe der Speiseröhre ein vollkommenes Bild gewinnen und genau die verengerte Stelle, mit dem entsprechenden Wirbel verglichen, erkennen, ferner Sitz und Länge der Stenose, auch ob sie einfach oder multipel ist, und ausserdem auch Anwesenheit, Grösse und Form der vorhandenen Dilatationen genau sehen. Bei Fällen, welche nach methodischer Dilatation für geheilt erklärt werden, können wir uns überzeugen, ob die früher kranken Stellen ihre volle Functionsfähigkeit wiedergewonnen haben. Das Verfahren ist auch innerhalb der der Aetzlaugenvergiftung folgenden 6 Wochen anwendbar, wo die Sondirung noch nicht rathsam ist; es ist ausserdem leicht ausführbar und vollständig gefahrlos. POLYAK.

111) **Garcia Ilurre** (Madrid). **Oesophagusstenose. Thyosinamin und Elektrolyse; Heilung. (Estrechez del esófago. Tiosinamina y electrolisis. Curación.)** *La Clinica y Laboratorio. 1911.*

Narbenstenose; 15 Injectionen von Fibrolysin brachten keine Besserung. Anwendung der Elektrolyse führte zur Heilung. TAPIA.

112) **Sargnon** (Lyon). **Schwere Narbenverengerung des Oesophagus. Gastrotomie; permanente Caoutchoucdilatation. (Rétrécissement grave cicatricial de l'oesophage. Gastrotomie d'urgence; dilatation caoutchoutée permanente.)** *Société des sciences médicales. Lyon médical. No. 7. Februar 1911.*

Die Strictur entstand bei einem 6jährigen Kinde infolge Laugenverätzung; der Zustand war sehr schwer und machte die sofortige Gastrotomie nothwendig. Retrograde Dilatation mittels Faden ohne Ende. Da die Verengerung sich immer wieder bildete, wurde eine Dauersonde 3 Monate lang liegen gelassen.

GONTIER de la ROCHE.

113) **Tapia. Münze, $3^1/_2$ Jahr im Oesophagus steckend; Extraction mittels Oesophagoskopie. (Monnaie arrêtée dans l'oesophage pendant $3^1/_2$ années. Extraction per l'oesophagoscopie.)** *Revista espanola de laringologia etc. Juli-August 1910.*

Titel besagt den Inhalt.

TAPIA.

114) **C. R. L. Putnam. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body impacted in oesophagus.)** *Post-Graduate. December 1910.*

Ein 19 Monate altes Kind hatte vor 3 Monaten einen bleiernen Manschettenknopf verschluckt; es war von verschiedenen Seiten erst wegen Bronchitis behandelt worden. Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper in der Höhe des Cervicalwirbels. Die untere Oesophagotomie machte die Extraction möglich; der Fremdkörper hatte den Oesophagus perforirt und lag zum grössten Theil hinter demselben.

EMIL MAYER.

115) **K. Láng** (Budapest). **Zwei Münzen, aus der Speiseröhre eines 3 Jahre alten Kindes entfernt.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1911.*

Zwei Zehnhellerstücke, mit einander stark verklebt, lagen 10 Tage lang in der Höhe des II. und III. Rückenwirbels. Extraction in der Narkose.

POLYAK.

116) **Rouvillois** (Paris). **Pharyngotomie. (Pharyngotomie.)** *Société de Chirurgie. 1. März 1911.*

Man dachte bei dem 2jährigen Kind, das plötzlich einen Erstickungsanfall bekam, zunächst an einen subglottischen Fremdkörper. Tracheotomie ohne Erfolg. Die Radioskopie liess einen metallischen Fremdkörper im Oesophagus entdecken; man versuchte — ohne Resultat — die ösophagoskopische Extraction. Die klassische Pharyngotomie wird mit Erfolg vorgenommen. Das Kind erliegt aber der Lungencomplication.

GONTIER de la ROCHE.

117) **William Lerche. Das Oesophagoskop zur Entfernung scharfer Fremdkörper aus dem Oesophagus. (The esophagoscope in removing sharp foreign bodies from the esophagus.)** *Journal American Medical Association. 4. März 1911.*

Unter 200 Fällen, die Verf. gesammelt hat, trat innerhalb 24 Stunden zweimal die Perforation von Oesophagus und Aorta durch einen spitzen Fremdkörper auf, in 8 Fällen trat dies innerhalb 5—10 Tagen ein. Im Ganzen werden 23 Fälle von Perforation des Oesophagus berichtet, ausserdem 18 Fälle von Perforation der Bauch- oder Beckeneingeweide mit 2 Todesfällen. Der älteste Patient, den Verf. behandelt hat, war 86 Jahre alt.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen.

XVIII. Tagung zu Frankfurt a. M. am 31. Mai und 1. Juni 1911.

Referat, erstattet vom Schriftführer Rich. Hoffmann (Dresden).*)

Sitzung vom 31. Mai.

Vorsitzender: Killian (Freiburg i. Br.).

1. Fischer (Frankfurt a. M.): Demonstration interessanter pathologisch-anatomischer Präparate des Kehlkopfs und der Luftöhre aus der Sammlung des Senkenberg'schen Instituts.

2. Herxheimer (Wiesbaden): Pathologisch-anatomische Demonstrationen.

3. Killian (Freiburg i. Br.) demonstrirte eine Serie stereoskopischer Photographien, welche sich auf die Entwickelung der Nase und der Rachentonsille im Embryonalleben beziehen. Ferner ein grosses Unterrichtsmodell des Kehlkopfes mit Spiegel, Wachspräparate von interessanten Befunden am Lebenden, farbige Diapositive, eine neue Untersuchungslampe, ein Dilatationsspeculum des Hypopharynx und ein Instrument zur Vornahme von Messungen in der Luftröhre und den Bronchien.

Sitzung vom 1. Juni.

4. E. Rumpf (Ebersteinburg): Ueber actuelle Fragen aus dem Gebiete der Tuberculoseforschung. (Referat.)

R. betont einleitend die Häufigkeit beginnender Kehlkopftuberculose unter den Patienten der Lungenheilstätten, sowie den günstigen Einfluss consequent durchgeführter Schweigecur, Ruhebehandlung und allgemeiner Kräftigung für die Ausheilung solcher Fälle. Ferner sah er oft Heilung der Lunge viel besser und rascher vorwärts gehen, nachdem die Nasenathmung frei gemacht wurde.

Zunächst referirt Rumpf die Arbeiten Römer's in Marburg, welcher von den Grundlagen ausgeht, dass eine einmal stattgefundene Tuberculoseinfection Schutz verleiht gegen eine neue Tuberculoseinfection (experimentell durch Nachinfection bei verschiedeuen Thierarten, auch beim Affen, nachgewiesen) und ferner von dem Nachweis der ausserordentlichen Verbreitung der Tuberculoseinfection unter den Menschen, speciell dem Nachweis, dass in den Culturländern fast jeder Mensch mit Abschluss des Kindesalters als inficirt gelten kann.

Für die Annahme, dass auch der tuberculöse Mensch Immunität geniesst gegen weitere Tuberculoseinfection, bringt Römer ausser der Analogie mit den Resultaten bei Thieren viele plausible Gründe vor: Eine neue Tuberculoseinfection wird nicht erworben in Heilstätten und Tuberculose-Krankenhäusern, nicht von tuberculösen Kindern bei schwerer tuberculöser Erkrankung ihrer Eltern und Ge-

*) Der ausführliche Bericht der Verhandlungen erscheint im Verlage von C. Kabitzsch in Würzburg.



schwister, nicht in der Ehe und nicht in Berufen, welche der tuberculösen Infection besonders ausgesetzt sind; relative Seltenheit einer secundären Kehlkopf- und Darmtuberculose, verglichen mit der beträchtlichen Infectionsgelegenheit, Unschädlichkeit von subcutanen Infectionen mit virulenten Tuberkelbacillen bei tuberculösen (weil erwachsenen) Patienten (nach Baumgarten und Klemperer), Immunität von bereits lungentuberculösen Menschen gegen den Genuss tuberkelbacillenhaltiger Kuhmilch (Feststellung des Reichsgesundheitsamtes), Häufigkeit des Vorkommens von Tuberkelbacillen im Blute der Phthisiker (s. u.) ohne jede erkennbare Folgeerscheinung.

Die Immunität des tuberculösen Menschen gegen Reinfection ist wie jede Immunität relativ; zu schwere Reinfection führt zu Lungenschwindsucht.

Die zur Schwindsucht führenden Reinfectionen stammen nicht von aussen (s. o.), sondern von innen her. Der Grund für die Entstehungsmöglichkeit solcher schweren Reinfectionen liegt in der Schwere der Kindheitsinfection begründet. Denn erfahrungsgemäss neigen gerade solche Menschen zu Schwindsucht, die zweifellos als Kinder besonders in der Familie schweren Tuberculoseinfectionen ausgesetzt waren (fälschlicherweise früher als Heredität bezeichnet).

Die Prophylaxe der Lungenschwindsucht muss daher vor allem die Verhütung schwerer Kindheitsinfection anstreben.

Rumpf geht dann zum Referat der Verhandlungen der internationalen Tuberculoseconferenzen über, soweit sie sich auf die Frage der Infectionspforte und die Verbreitung der Tuberkelbacillen im menschlichen Körper beziehen. Während früher weitaus die meisten Forscher an das Ueberwiegen der Inhalationstuberculose glaubten, muss man nach den Verhandlungen im Haag und in Wien doch annehmen, dass die Fütterungs- resp. Schlucktuberculose beim Menschen, besonders im Kindesalter, doch auch viel häufiger vorkomme.

Eine Abkehr von der Annahme der Inhalation lässt sich auch insofern feststellen, als immer mehr Forscher sich für den hämatogenen Import der Tuberkelbacillen in die Lunge aussprechen, wie es Orth etwa vor 20 Jahren that und wie es jetzt noch entschiedener Ribbert u. a. und am nachdrücklichsten seit Jahren Aufrecht betont. Letzterer sagt: Die Tuberkelbacillen gelangen in allen Fällen auf dem Wege über die Lymphdrüsen in das Blut und von hier zu den betreffenden Organen, also nicht durch Inhalation in die Lungen. Die Lunge erkrankt nur von den Hals- und Bronchialdrüsen aus, welche vor der Lunge erkranken. Der Lungentuberkel beim Menschen nimmt seinen Ausgang nur von einer Wanderkrankung kleinster Gefässe; die Lymphdrüsen sind der Kampfplatz des Körpers gegen die Ueberflutung mit Tuberkelbacillen.

Rumpf selbst wies in Wien darauf hin, dass ausserordentlich viele Forscher, soweit ihre Wege sonst auseinander gehen, in der Bedeutung des Rachens und speciell der Rachenmandel als Eingangspforte einig sind, und erinnert an die Arbeiten Hugo Beckmann's, der als Hauptaufgabe bei der Tuberculosebekämpfung die Verschliessung dieser Hauptinfectionspforte durch möglichst vollkommene Abtragung der Rachenmandel und eventuelle Behandlung der Nase, Gaumenmandeln und Halsdrüsen ansah. Von neueren experimentellen Arbeiten referirt Rumpf die von Bacmeister, welche die locale Disposition der Lungen aufzuklären geeignet

sind. B. liess junge Kaninchen allmählich in eine um das erste Rippenpaar lose geschlungene Drahtschlinge hineinwachsen. Wurden jetzt die Thiere mit Tuberkelbacillen inficirt, so entwickelte sich eine isolirte Spitzentuberculose in dem Augenblick, wo die heranwachsende Lunge in den zu engen ersten Rippenring (Freund) trat, und zwar ist es nur auf hämatogenem Wege gelungen, eine isolirte Spitzenerkrankung auszulösen, niemals auf aerogenem Wege. (Infection von einer Leistendrüse aus.)

Rumpf macht dann noch auf die Analogie mit der Tuberculose der weiblichen Genitalien aufmerksam, wo wir ebenfalls einen breit mit der Aussenwelt communicirenden Schleimhautcanal vor uns haben, der deshalb auch auf diesem Wege inficirt werden kann. Der Referent Jung sagte aber auf dem letzten Gynäkologencongress: „Die weitaus meisten Fälle von weiblicher Genitaltuberculose entstehen secundär auf dem Blutwege".

Rumpf schliesst damit, dass er daran erinnert, dass nach den neueren Forschungen viel häufiger, als man früher annahm, Tuberkelbacillen im Blute kreisen, nicht nur bei Miliartuberculose, sondern auch bei chronischer Tuberculose in 32 pCt. (Schnitter), 44 pCt. (Lippmann), nach Rosenberger und dem Japaner Kurashize sogar in 100 pCt.

Letzterer untersuchte mit Eisessig und Antiformin behandeltes sorgfältig centrifugirtes Blut von 155 Lungenkranken und fand sogar bei 59 pCt. gesunder Aerzte und Pflegerinnen Tuberkelbacillen im Blutstrom, von denen freilich mehrere später an Brustfellentzündung bezw. initialer Hämoptoe erkrankten. Mehrfach konnte er auch durch Verimpfung auf Meerschweinchen bestätigen, dass das säurefeste Stäbchen in der That ein Tuberculosevirus war. Er nimmt an, dass für den Ausbruch einer disseminirten Tuberculose die Abgeschlagenheit und Erniedrigung der Widerstandsfähigkeit des Kranken und die Stärke der Vitalität und Virulenz des Bacillus eine essentielle Bedeutung haben. Schon im allerfrühesten Stadium der Tuberculose (und wahrscheinlich dauernd) circuliren Tuberkelbacillen im Blute. Das Wesen der Tuberculoseerkrankung beruht nach Kurashize eigentlich auf einer primären Bacillaemie oder wenigstens auf einer von Anfang an generalisirten Erkrankung, und die hier und da localisirten Herde, z. B. in den Lungen, sind lediglich secundäre Veränderungen im locus minoris resistentiae.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) wünscht, dass die Versicherungsanstalten veranlasst werden, für zweckmässige Behandlung des Kehlkopfes in den Heilstätten zu sorgen und Kehlkopftuberculose nicht als Aufnahmehinderniss in die Anstalten anzusehen.

Brieger (Breslau): Die Rachenmandeltuberculose ist überwiegend secundär (latente Lungentuberculose etc.), sehr selten primär. Es wäre wichtig, über die Häufigkeit günstiger Beeinflussung von Kehlkopftuberculose durch die Heilstättenbehandlung allein genauere Angaben zu haben.

Boenninghaus (Breslau): Negativer Befund von Tuberculose an der Rachenmandel beweist nichts gegen die Infection durch dieselbe. Der Bacillus braucht an seiner Eintrittspforte keine Spur zu hinterlassen.

Rumpf (Schlusswort): Man wird jetzt immer mehr letzterer Ansicht. Rachenmandeltuberculose kann wohl auch secundär auf dem Blutwege zu Stande kommen. Die Spontanheilung der Kehlkopftuberculose in den Heilstätten ist sichergestellt. und der Procentsatz der Dauerheilung zahlenmässig festgestellt. Der Kehlkopftuberculose wird in den Anstalten weitgehendste Aufmerksamkeit gewidmet. (Widerspruch.) Was die Versicherungsanstalten anlangt, so sollen sie dem Gesetz gemäss dauernd nur solche Fälle in Behandlung nehmen, welche Aussicht auf beträchtliche Wiederherstellung bieten, und sie sind berechtigt, prophylaktisch nur da ein Heilverfahren anzuwenden, wo grosse Wahrscheinlichkeit besteht, mindestens für mehrere Jahre Erwerbsfähigkeit des Betreffenden herzustellen. Thatsache ist aber, dass die Kehlkopftuberculose meist secundär zur Lungentuberculose hinzukommt.

5. H. Gutzmann (Berlin): Klanganalyse künstlicher Vocale.

Die künstlichen Vocale wurden dadurch erzeugt, dass der Ton einer membranösen Zungenpfeife in die Mundhöhle geleitet wurde. Formt man die Mundhöhle so, wie bei den natürlichen Vocalen, so erklingt der künstliche Vocal klar und sehr charakteristisch. Der Vortragende hat einige dieser künstlichen Vocale phonophotographisch registrirt und die erhaltenen Klangphotographien mathematisch analysirt. Dabei zeigten die künstlichen Vocale die gleichen charakteristischen Verstärkungsgebiete (Formanten) wie die natürlichen. Besonders interessant ist die Vergleichung der Analyse des isolirten Pfeifentones mit der der künstlichen Vocale. Man kann daraus ohne weiteres die Bedeutung der verschiedenen Mundhöhlenformen für die Vocalbildung ablesen. Es zeigt sich entsprechend den Hermann'schen Anschauungen ein bestimmtes charakteristisches Verstärkungsgebiet, während der bei dem isolirten Pfeifenton sehr stark vorhandene Grundton bei den künstlichen Vocalen mit höherliegenden Formanten sehr zurücktritt. Vortragender demonstrirt eine Anzahl der gewonnenen Curven.

Discussion:

Vohsen (Frankfurt a. M.) fragt, ob nur die Mund- oder auch die Rachentöne untersucht wurden.

Gutzmann (Berlin): Nur die Mundtöne, es wurde der Mund zu a, o, u eingestellt, dabei hebt sich das Gaumensegel (a) bezw. schliesst den Rachen vollständig ab (o, u).

6. H. Gutzmann (Berlin): Zur Diagnose und Behandlung functioneller Stimmstörungen.

Vortragender demonstrirt einige Hülfsmittel zur Diagnose und Therapie der Phonasthenie:

a) eine kleine Taschenstimmgabel mit verschiedener Skala. Sie dient nicht nur zur Diagnose (z. B. Feststellung der Sprechtonhöhe, Schwankung der Tonhöhe bei Sängern), sondern auch zur Controle der Stimmübungen;

b) eine Anordnung elektrisch betriebener Stimmgabeln, um eine mit der Tonhöhe isochrone Elektrisation und Vibration des Kehlkopfes durchzuführen.

7. R. Sokolowsky (Königsberg): Ueber die Genauigkeit des Nachsingens von Tönen bei Berufssängern.

Systematische Untersuchungen zur Feststellung der Uebereinstimmung zwischen gegebenem und nachgesungenem Ton besitzen wir von Klünder, dessen Versuche jedoch nur von der Annahme ausgingen, dass beide Töne immer gleichzeitig ertönten. Es fehlen somit noch die für die Physiologie des Gesanges sehr wichtigen Untersuchungen, wie genau ein Intervall zu einem gegebenen Ton gesungen wird und wie genau der gegebene Ton nach seinem Verklingen getroffen wird. Zur Ausfüllung dieser Lücken sollen die vorliegenden Versuche dienen.

Die vom Verf. verwendete Apparatur zur Aufnahme der Tonschwingungen besteht in einer Combination des Einthoven'schen Saitengalvanometers und des Weiss'schen Phonoskops, und zwar wurde der gegebene Orgelpfeifenton mit dem Saitengalvanometer und der nachgesungene Ton vom Phonoskop aufgenommen.

Die Versuche wurden an 4 Damen und 4 Herren der Oper ausgeführt. Die ersten beiden Versuchsreihen: 1. Nachsingen eines gegebenen Tones bei gleichzeitigem Erklingen desselben und 2. Nachsingen eines gegebenen Tones nach Verklingen desselben zeigten, wie ausserordentlich gross die Genauigkeit des menschlichen Kehlkopfes bei der richtigen Einstellung der Tonhöhe sein kann. Das beste erreichte Resultat war eine Fehlerquote von nur 0,07 pCt.

Die 3. Versuchsreihe (Singen von Intervallen zu einem gegebenen, gleichzeitig erklingenden, Ton) ergab eine überraschende Differenz gegenüber den Resultaten der beiden ersten Reihen. Die Fehler waren erheblich grösser (bis 4,54 und 5,51 pCt.). Auffallend war, dass am unreinsten die Quinte gesungen wurde.

Verf. erklärt die grosse Ungenauigkeit bei den Intervallen damit, dass dabei die Fehler, die ja in der Schwierigkeit überhaupt liegen, ganz reine Intervalle zu singen, sich combiniren mit denjenigen, die der Sänger durch die Art seines Studiums am temperierten Klavier zu machen gewohnt ist.

In 46 Curven wurde 36 mal zu tief und nur 10 mal zu hoch gesungen.

8. Dreyfuss (Strassburg): Experimentelle Untersuchung über den Einfluss des Schlundschnürers auf die Kehlkopfmuskulatur.

Diese experimentelle Untersuchung soll zur Aufklärung der Frage dienen, wie wir uns das eigenthümliche laryngoskopische Bild bei gewissen Schlundlähmungen erklären sollen, das gelegentlich bei der Bulbärparalyse und auch bei postdiphtherischen Lähmungen beobachtet wurde. Der mangelhafte Glottisschluss bei der Phonation ist nicht auf eine nervöse Adductorenlähmung zurückzuführen, sondern auf die Lähmung des Schlundschnürers, wodurch den Phonationsmuskeln jener mächtige, für das Zustandekommen einer tönenden Stimme nothwendige Halt fehlt, der ihnen durch die synergische Contraction des M. laryngopharyngeus verliehen wird, indem letzterer zu beiden Seiten Schild- wie Ringkorpel umfasst und durch seine Contraction fixirt. Dreyfuss hat nun bei Hunden die Muskel-

ansätze entweder des mittleren (Musculus hyo-pharyngeus) oder des unteren Schlundschnürers (M. thyreo-crico-pharyngeus) durchtrennt ohne jede Nervenverletzung und bei Abtrennung des mittleren Schlundschnürers starke Schluck-, aber keine Stimmstörungen, bei der Abtrennung des unteren Schlundschnürers dagegen keinerlei Schluck-, aber beträchtliche Stimmstörungen erzielt. Der untere Schnürer (M. laryngo-pharyngeus) ist also ein wichtiger Kehlkopfmuskel, seine Function ist zum Glottisschluss durchaus nöthig, nicht dagegen für die Schluckbewegung, und jene Phonationsstörungen bei Bulbär- und postdiphtherischer Paralyse sind auf seinen Ausfall zurückzuführen.

Discussion zu No. 6, 7, 8:

Nadoleczny (München) empfiehlt noch besonders die Taschenstimmgabel Gutzmann's und hält auch dessen Methode der Elektrisation und Vibration des Kehlkopfes für werthvoll. Die meisten Sänger haben meist nur ein relativ absolutes Tongehör, dagegen haben manchmal sehr unmusikalische Menschen ein absolutes Tongehör. Er fragt Dreyfuss, ob durch seine Versuche die Stimmstörungen bei acutem Rachenkatarrh erklärt werden können. Nach seiner Meinung ist möglicherweise bei diesem die Schlundmuskulatur direct in ihrer Function behindert oder es handelt sich um Schonungsvorgänge.

Kümmel (Heidelberg) fragt Gutzmann, ob die elektrische Reizung in rhythmischer Folge in der That wirksamer ist als die rein mechanische Erregung durch die fortdauernd tönende Stimmgabel. Letztere wirke bei Phonasthenie oft verblüffend.

Boenninghaus (Breslau): Wie verhält sich die Stimme, wenn man z. B. bei Bulbärparalyse den Kehlkopf künstlich fixirt. Wenn die Meinung von Dreyfuss richtig ist, so müsste dabei die Stimme ungehört zu Tage treten.

Killian (Freiburg): Die Anwendung solcher Stimmgabelapparate (Gutzmann) ist bei Behandlung der hysterischen Aphonie von grossem Werth.

Gutzmann (Schlusswort): Die Verhältnisse liegen bei phonasthenischen Personen so ausserordentlich verschieden, dass man gar nicht genug Mittel haben kann, um sie bei ihnen zu probiren. Bei der hysterischen Aphonie insbesondere wirkt die elektrisch betriebene Stimmgabel besser als die Vibrationsmethode.

Sokolowsky (Schlusswort) bestätigt die Ausführungen Nadoleczny's bezüglich der absoluten Tonhöhe der Sänger bezw. Musiker.

Dreyfuss (Schlusswort): Die Stimmstörungen bei Rachenkatarrh und acuten Rachenerkrankungen sind wohl auf Schonungsvorgänge zurückzuführen. Künstliche Compression und Fixation des Kehlkopfes würden nichts beweisen. Sie ersetzen nicht die Innervation des Muskels, auch drückt der Constrictor inferior den Kehlkopf nicht nur zusammen, sondern zieht ihn auch in die Höhe.

9. E. Oppikofer (Basel): Geschwüre in Kehlkopf, Luft- und Speiseröhre bei Scharlach.

Verf. stellte am pathologischen Institut Basel die Scharlachobductionen der letzten 37 Jahre zusammen und fand, dass der Kehlkopf bei Scharlach-Diphtherie viel häufiger betroffen ist, als heute noch allgemein angenommen wird: Bei ungefähr der Hälfte der letal endigenden Scharlachfälle bestand dieselbe nekrotisirende

Entzündung wie im Rachen auch am Kehlkopfeingang oder im Kehlkopfinnern, manchmal auch in der Trachea. Die bakteriologische Untersuchung hatte fast ausnahmslos Streptokokken und Staphylokokken und nicht Diphtheriebacillen ergeben.

Die durch die nekrotisirende Entzündung entstehenden Kehlkopfgeschwüre sind bald oberflächlich, bald tiefgehend und dann oft wie mit einem Locheisen ausgeschlagen. Manchmal sind die Ulcera isolirt, meistens aber multipel.

Bei 8,2 pCt. aller Fälle fand sich die Scharlach-Diphtherie in Form von missfarbigem Belag und Geschwüren auch im Oesophagus, bald in ganzer Länge, bald nur auf einzelnen Strecken.

Discussion:

Friedrich (Kiel) fragt, ob diese Geschwüre nicht viel mehr Folge des schweren Allgemeinzustandes als specifische Scharlachgeschwüre seien.

Killian (Freiburg) sah einen Fall von Oesophagusstenose bei einem kleinen Kinde nach Diphtherie, von der er annimmt, dass sie durch den gleichen Process in der Speiseröhre bedingt worden sei.

Siebenmann (Basel) fragt, welche Stellen hauptsächlich durch die Scharlachgeschwüre bevorzugt werden, ob sie sich namentlich da finden, wo reichlich adenoides Gewebe vorhanden ist.

Oppikofer (Schlusswort) bejaht letzteres, doch bestehen ganz bevorzugte Localisationen nicht, mit Ausnahme der hinteren Kehlkopfwand, wo solche Geschwüre in der That sehr häufig anzutreffen sind. Die Geschwüre sind ebenso specifisch wie die Geschwüre im Rachen, deren Specifität ja feststeht.

10. Blumenfeld (Wiesbaden): Ueber Blutstillung im Kehlkopf durch Klammernaht.

Gelegentlich einer lebensbedrohenden Blutung, die entstand durch Abtragung des Kehldeckels und eines Theils der aryepiglottischen Falten, hat Verf. mittelst des von Avellis für den Rachen angegebenen Instrumentes eine Klammernaht angelegt, worauf die Blutung sofort und dauernd stand. Lösung der Klammern nach 6 Tagen. Heilung. Es werden Instrumente demonstrirt, die zur Anlegung von Klammernähten im Kehlkopf dienen und die Blutstillung von postoperativen Blutungen im Kehlkopf des weiteren besprechen.

Discussion: Kümmel (Heidelberg): Man kann bei Kehlkopfblutungen einen Kuhn'schen Tubus einführen und daneben sehr schön tamponiren.

11. A. Hartmann (Heidenheim): Zur Behandlung der Larynxtuberculose.

H. berichtet über seine Erfahrungen bei den von ihm im Virchowkrankenhause behandelten grösstentheils schweren Fällen von Larynxtuberculose. Zur Entfernung der oft festhaftenden zähen Secrete braucht H. 2proc. Cocainspray und Einpulverung mit Natrium perboricum. Zur weiteren Behandlung Inhalation von Menthol und Kreosotterpentin (1 : 20) vermittelst der von ihm früher empfohlenen Inhalationsmaske. Nach dieser Behandlung fühlen sich die Patienten beträchtlich erleichtert, der Hustenreiz ist vermindert. Die Heilung wird befördert



durch Pulvereinblasung von Lenicet (essigsaure Thonerde) oder Lenicetepirenan. Die heftigsten Schlingbeschwerden konnte H. beseitigen durch Einführung des Orthoskopes, des conisch-ovalen Kehlkopfspatels. Die Dehnung des Kehlkopfes übt einen günstigen Einfluss auf die Schmerzen aus. Die operativen Eingriffe mit dem Galvanokauter, mit schneidenden Zangen oder mit der Schlinge werden am sichersten gleichfalls mit Hülfe des Orthoskopes auf directem Wege ausgeführt.

12. Edmund Meyer (Berlin): Zur speciellen und localen Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Die Tuberkulinbehandlung der Kehlkopftuberculose ist mehr anzuwenden als bisher; nicht nur in Heilstätten und Kliniken sind günstige Resultate zu erzielen, sondern auch bei ambulanten Kranken, die in der Häuslichkeit und im Beruf bleiben, ist die specifische Behandlung indicirt. Bei Störungen des Allgemeinbefindens, besonders bei hohem Fieber und sehr ausgedehnten tuberculösen Veränderungen im Larynx ist Tuberculin contraindicirt. Welche Präparate anzuwenden, ist von geringerer Bedeutung. Meyer hat hauptsächlich mit sensibilisirter Bacillen-Emulsion-Höchst nach Dr. Fritz Meyer gearbeitet. Die Dosirung ist so zu wählen, dass Allgemeinreactionen möglichst vermieden werden. Die Localreaction ist bei S. B. E. gering, seröse Durchtränkung, manchmal ein dünner, schleierartiger, fibrinöser Belag. Bei der Cur zunächst Besserung des Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme, Steigerung der Appetenz. Eine Heilung des Kehlkopfes nur bei oberflächlichen Ulcerationen beobachtet. Bei ausgedehnteren Veränderungen ist eine locale chirurgische Kehlkopfbehandlung mit der specifischen zu combiniren. Mit schneidenden Instrumenten soll möglichst ausgiebig in den einzelnen Sitzungen von den Infiltraten entfernt werden, die galvanokaustische Behandlung ist am besten nur auf flache Infiltrate zu beschränken, die mit schneidenden Instrumenten nicht mehr anzugreifen sind.

Discussion zu No. 11 und 12:

Siebenmann (Basel) hält es für chirurgisch richtig, dass man bei der galvanokaustischen Behandlung alles Kranke in einer Sitzung zu erreichen sucht. Eine sehr zweckmässige Ergänzung der kaustischen Behandlung ist die Röntgenbehandlung der Kehlkopftuberculose. Nach seiner Erfahrung eignen sich hierfür namentlich geschlossene tiefe Infiltrate, während er bei offener Tuberculose keinen Erfolg sah.

Hoffmann (Dresden) empfiehlt die Hartmann'sche Inhalationsmethode, dessen Pulverbläser und die Lenicetpräparate.

Dreyfuss (Strassburg): Die Laryngologen sollten die Forderung aufstellen, dass auch in den Volksheilslätten laryngologisch geschulte Aerzte angestellt, bezw. dass Laryngologen aus der Nähe den Heilstätten im Nebenamt als Specialisten beigesellt würden.

Friedrich (Kiel) glaubt auch, dass die Wahl der Präparate bei der Tuberculinbehandlung ziemlich belanglos sei, dass sich die Behandlung auch ambulant ohne Gefahr durchführen lässt. Er fragt Meyer, in welcher Weise die Tuberculinbehandlung bei Larynxtuberculose aus- bezw. wie lange dieselbe fortgeführt wird,

und ob etwa durch plötzliches Aussetzen solcher Tuberculincuren Nachtheile entstehen.

Katz (Kaiserslautern) hat ähnlich wie Hartmann Terpentininhalationen verordnet zugleich mit Eukalyptus. Er hat mehrere Male Nierenreizung nach solchen Inhalationen gesehen.

Rumpf (Ebersteinburg) hält es seinerseits auch für nothwendig, dass in den Privat- und auch in den Volksheilstätten auch die Kehlkopftuberculose behandelt wird und dass in den Anstalten speciell vorgebildete Aerzte angestellt, bezw. zugezogen werden. Ein diesbezüglicher Antrag an zuständiger Stelle würde auf guten Boden fallen.

Kümmel (Heidelberg): Mit Einspritzungen von Jodoformglycerin in tiefe Infiltrate kann man sehr schöne Erfolge erzielen. Ich möchte bitten, dass die Herren in den Heilstätten einmal eine Uebersicht geben, um eine Richtschnur zu gewinnen für die Erfolge der Behandlung.

Noltenius (Bremen) behandelt ambulant bei genauer Individualisirung und sorgfältiger Beobachtung mit Mischtuberculin. Es wird etwa zweimal wöchentlich der Inhalt einer Tube mit langsam steigender Dosis eingespritzt. Dauer im Durchschnitt etwa 5—6 Monate. Bei der Galvanokaustik soll man möglichst energisch vorgehen, die Furcht vor ödematösen Schwellungen scheint unbegründet. Gegen Schluckbeschwerden sind Alkoholinjectionen in den Nervus laryngeus superior sehr zu empfehlen.

Killian (Freiburg) hat, als man sehr hohe Tuberculingaben gab, wo der Kehlkopf gesund war, vielfach Miliarausbruch in die Kehlkopfschleimhaut gesehen. Jetzt, wo man mit kleinen Dosen arbeitet, ist das wohl nicht zu befürchten, doch könnte auch einmal bei kleinster Dosis der Kehlkopf tuberculös erkranken. Bei energischer galvanokaustischer Behandlung kann man doch Oedem erleben, das zur Tracheotomie zwingt, und das ist doch wohl zu vermeiden.

Edmund Meyer (Schlusswort) hat niemals bei Kehlkopftuberculose noch bei Kehlkopflupus einen vollständigen Heilerfolg von Röntgenbehandlung gesehen. Die Dauer der Tuberculincur beträgt durchschnittlich 4—6 Monate. Sie ist in jedem Falle von dem allgemeinen Zustand des Patienten, von der Toleranz gegenüber dem eingespritzten Quantum und von der Empfindlichkeit gegen die Tuberculineinspritzung abhängig zu machen. Von einer plötzlichen Unterbrechung der Kur hat M. niemals Nachtheile gesehen. Allerdings muss man bei Wiederbeginn der Kur mit der Dosirung ganz besonders vorsichtig sein. Spontane Besserung der Larynxtuberculose hat M. nur bei ganz oberflächlichen Ulcerationen beobachtet.

13. Brünings (Jena): Ueber eine neue Behandlungsmethode der Recurrenslähmung.

Bei alten einseitigen Recurrenslähmungen mit schlaffer, schlotternder atrophischer Stimmlippe hat Brünings die Störungen der Stimme (Schwäche, Heiserkeit, Luftverschwendung) und der Respiration (mangelhafte Wirkung der Bauchpresse und der Expectoration) auf folgende Weise beseitigt bzw. eingeschränkt: Es wurde in die gelähmte Stimmlippe in mehreren Sitzungen Hartparaffin injicirt,

bis annähernd die Form und Stellung einer phonirenden Stimmlippe erreicht war. Der Effect war zuweilen ein glänzender (auch in Bezug auf den Klang der Stimme) und immer ein befriedigender. Luftverschwendung und Respirationsstörungen verschwanden in jedem Falle. Die Paraffinjection erfolgte auf directem Wege durch Schraubenspritze mit langer Nadel von besonderer Form mittelst der vom Verf. angegebenen Gegendruck-Autoskopie; doch bietet bei geschickter Handhabung auch die indirecte Methode Aussicht auf Erfolg.

Discussion:

Finder (Berlin) hat in einem Falle starker phonatorischer Luftbeschwerden Erleichterung erzielt durch eine Pelotte, welche einen leichten Druck auf die gelähmte Kehlkopfhälfte ausübte. Er fragt, wie häufig wohl spontane Besserungen bei Recurrenslähmungen vorkommen.

Hopmann (Cöln) weist auf den Nutzen von Stimmübungen bei Recurrenslähmung hin, auch bei lange bestehenden Lähmungen.

Killian (Freiburg) wünscht präcise Indicationsstellung für die Anwendung von Paraffin. Dieselbe soll nur das äusserte Mittel sein.

Hoffmann (München) weist auf die technische Schwierigkeit der Paraffinisirung der Stimmlippe hin und ihre eventuellen Nachtheile. Er macht einige andere Vorschläge zur Correctur der Stimmbandstellung.

Neuberger (Frankfurt a. M.) ist der Ansicht Killian's. Er sah spontanen Rückgang einer Recurrenslähmung, entstanden durch eine Operationsverletzung.

Brünings (Schlusswort): Die Ausführung der Paraffininjection stösst nicht auf wesentliche Schwierigkeiten. Sie war von günstiger Wirkung auf die Beschwerden; keine nennenswerthen Oedeme. Sie eignet sich nur für alte Fälle mit starken Atrophien. Ob das Paraffin auf die Dauer ertragen wird, muss die Zeit lehren.

14. H. Marschik (Wien): Ueber Laryngostomie.

Berichtet über weitere 11 Fälle von Larynxstenose, die nach der Methode der Laryngostomie behandelt worden sind, und demonstrirt das Modell des sog. Flügelbolzen, wie es sich nach den neuesten Erfahrungen und Modificationen präsentirt.

Discussion:

Hinsberg (Breslau) sah ausgezeichnete Erfolge bei Behandlung mit der Mikulicz'schen Glasröhre.

Ritter (Berlin) berichtet über einen von ihm behandelten sehr schweren Fall von Larynxstenose.

Finder (Berlin) berichtet über einen negativen Erfolg von Laryngostomie bei multiplen recidivirenden Papillomen bei einem Kinde.

Killian (Freiburg) empfiehlt statt der Bolzenbehandlung, die ihm sehr zu reizen scheint, die Oeffnung im Kehlkopf durch Gummischwamm offen zu halten. Gegen die Papillome räth er statt Laryngostomie zu Entfernung des Gröbsten, Arsen und Röntgenstrahlen von aussen.

Hartmann (Heidenheim) berichtet über einen Fall von Lues, der mehrere Hg- und Jodcuren durchgemacht, bereits dreimal tracheotomirt war, und in dem

sich eine ausgedehnte Nekrose aus einem Theil der Ringknorpelplatte gebildet hatte, die laryngoskopisch nicht festzustellen war — Heilung; sodann empfiehlt er bei erschwertem Decanülement darauf zu achten, dass der obere Theil des Knorpels durch die Canüle nach innen gedrückt werden kann. Man muss denselben solchenfalls, um freie Athmung zu haben, nach aussen bringen und nach aussen vernähen.

Marschik (Schlusswort): An der Klinik Chiari bestehen mit Glasröhren keine Erfahrungen. Papillome werden nicht mit Laryngostomie behandelt. Bei Perichondritis werden die versteiften Gelenke jederzeit auf Knorpelnekrose untersucht.

15. F. Pick (Prag): Ueber Sklerom.

Pick betont die grossen Wandlungen, welche die Lehre vom Sklerom in den letzten Jahren durchgemacht hat. Einestheils haben die statistischen Erhebungen von Schrötter, Gerber, Jurasz und anderen gezeigt, dass diese Krankheit nicht nur als Rarität anzusehen ist, sondern in manchen Gegenden den Charakter einer Volksseuche annimmt. Anderentheils hat die weitere Ausbreitung der endoskopischen Untersuchungsmethode gelehrt, dass die ursprünglich bekannteste, weit auffallendste Localisation an der äusseren Nase eigentlich nur in einem geringen Procentsatz der Fälle vorkommt und Nasenrachenraum und Kehlkopf viel häufiger befallen sind. Besondere Bedeutung kommt den oft lange verkannten Fällen zu, bei welchen der ganze Process subglottisch localisirt ist. Pick theilt einen solchen Fall eigener Beobachtung mit, der einen jungen Mann betrifft, der immer nur in Deutsch-Böhmen und Chemnitz in Sachsen gelebt hat. Während das Sklerom im Allgemeinen immer nur als Krankheit der slavischen und jüdischen Rasse bezeichnet wird, hat eine Statistik der bisher in Böhmen beobachteten Fälle, wie sie Pick durch Fortführung der von Frankenberg begonnenen angestellt hat und an einer Kartenskizze demonstrirt, gelehrt, dass das Sklerom in den letzten Jahren deutlich nach Westen fortschreitet und auch bei den Bewohnern Deutsch-Böhmens auftritt. Pick bespricht weiterhin verschiedene auffallende Punkte der trotz der Entdeckung des Frisch'schen Bacillus noch keineswegs klargestellten Pathogenese der Erkrankung: Geringe Contagiosität bei leichtester Züchtbarkeit und raschestem Wachsthum des Bacillus, Spärlichkeit positiver Impfversuche am Thier etc. und erwähnt, dass der von ihm angestellte Versuch, mittelst eines Sklerombacillenextractes eine Hautreaction nach der Art der Pirquet'schen zu erzielen, negativ ausfiel. Für die Therapie kommen neben den chirurgischen Methoden (606 tödtet zwar in vitro den Bacillus prompt, ist aber beim Menschen intravenös injicirt ohne Einfluss) namentlich die Röntgenstrahlen in Betracht, die nicht nur, wie demonstrirte Photographien zeigen, bei oberflächlicher Localisation, sondern auch nach Pick's Beobachtung bei nur in der Luftröhre sitzendem Sklerom bei entsprechender Tiefenbestrahlung sehr erfolgreich seien. Im Hinblick auf das, wenngleich langsame, so doch deutliche Fortschreiten des Skleroms gegen die Westgrenze Böhmens betont Pick die Nothwendigkeit, die practischen Aerzte dieser Gebiete, wie auch der angrenzenden Theile Sachsens und Bayerns über diese, ihnen meistens nur vom Hörensagen bekannte Krankheit zu orientiren.

Discussion:

Ed. Meyer (Berlin): Nach meinen Erfahrungen wirken Röntgenstrahlen auf das Sklerom günstig ein, eine Heilung kommt dadurch kaum zu Stande.

A. Zwillinger (Budapest) sieht in den Röntgenstrahlen ein Mittel, womit man die Krankheit heilen kann.

Hinsberg (Breslau): Es lassen sich durch Röntgenstrahlen Dauerheilungen erzielen.

Polyak (Budapest) weist auf die Befunde von Sklerombacillen in regionären erkrankten Lymphdrüsen hin; ferner auf wesentliche Besserung von Nasensklerom durch Verwendung von Radium.

Pick (Schlusswort): Ueber Dauerheilung durch Röntgenstrahlen fehlt mir noch die Erfahrung. Die vereinzelten Befunde von Sklerombacillen in den regionären Lymphdrüsen sind mir bekannt, ihnen stehen sehr viele Angaben mit negativem Befunde gegenüber.

16. Killian (Freiburg): Zur Bronchoskopie bei kleinen Kindern.

K. hat eine Reihe von Fällen zusammengestellt, in welchen die obere Bronchoskopie bei kleinen Kindern zwar die Entfernung des Fremdkörpers ermöglichte, aber eine Schwellung im subglottischen Raum veranlasste, welche im Verlaufe von 1—2 Tagen zur Intubation oder Tracheotomie führte. Es waren zumeist Kinder zwischen dem ersten und vierten Lebensjahr. Die Reizung entstand durch die etwas zu knapp gewählten Röhren, mehrfache Einführung derselben, lange Dauer der Anwendung und die besondere Art der Fremdkörper. Meist handelte es sich um die mit Recht so gefürchteten quellbaren Fruchtkörper. Auch ist anzunehmen, dass in einem Theil der Fälle schon eine subglottische Schwellung vor der Bronchoskopie bestanden hat, bedingt durch den fortgesetzten Anprall des beweglichen Fremdkörpers. Für die Zukunft ergiebt sich die Nothwendigkeit, bei der Wahl und Einführung des bronchoskopischen Rohres besondere Sorgfalt walten zu lassen. Zu diesem Zweck wurde an einer Reihe von frischen Kinderkehlköpfen die Weite des subglottischen Raumes mittelst Metallbougies festgestellt. Es zeigte sich, dass nicht das Alter, sondern die Körpergrösse in nächster Beziehung zur Grösse des Kehlkopfes und namentlich der Ringknorpelweite steht. Nach der Körpergrösse des Kindes ist also die Dicke des bronchoskopischen Rohres (4—7 mm) zu bestimmen. Auch die Länge der Röhren steht selbstverständlich mit der Körpergrösse in directer Relation. Zu diesem Zweck wurden neue Längebestimmungen vorgenommen.

Die Einführung des Rohres durch den kindlichen Larynx geschieht am besten unter Leitung des Auges und eines einfachen oder theilbaren Röhrenspatels. Zur Durchführung durch den subglottischen Raum bedient man sich eines vorn abgerundeten hohlen Mandrins.

Discussion:

Mann (Dresden) bestätigt die Ausführungen Killian's aus eigener Erfahrung. Er schlägt vor, dass nur der Geübte bei Kindern von einem gewissen Alter die obere Bronchoskopie versuchen soll; der weniger Geübte soll gleich zur Tracheotomie greifen.

Pick (Prag) fragt nach der untersten Altersgrenze für die Bronchoskopie.

Ed. Meyer (Berlin) fragt, ob bei Fremdkörpern, welche längere Zeit in den Bronchien verweilt haben, nicht viel mehr die consecutive Infection der tieferen Luftwege Ursache für das Zustandekommen der subglottischen Schwellung sei, als die bronchoskopische Untersuchung selbst.

Marschik (Wien) spricht sich für die Beibehaltung der oberen Bronchoskopie unter Killian'schen Cautelen aus. Ungünstige Folgen der Untersuchung sind durch zu lange Dauer derselben bedingt. Sie werden sich nicht ganz vermeiden lassen, weil man die entstehenden Schwierigkeiten nicht voraussehen kann.

Killian (Schlusswort) vermag nicht ganz genau anzugeben, in wie vielen Fällen die obere Bronchoskopie unter einem Jahr angewendet worden ist. Die ungünstigen Fälle mahnen zur Vorsicht. Die Katarrhe verändern gewiss die Schleimhaut und machen sie vulnerabler. Wir haben im Allgemeinen zu dicke Röhren gebraucht. Die Dauer der Untersuchung ist naturgemäss von dem Verhalten des Fremdkörpers abhängig.

17. Katz (Kaiserslautern): Zur Aetiologie der glatten Zungengrundatrophie.

Die Aetiologie der glatten Zungengrundatrophie ist immer noch Gegenstand der Controverse. Das kommt zum Theil daher, dass die verschiedenen Autoren den Begriff „Zungengrund" verschieden weit fassen. Jedenfalls haben diejenigen Autoren, die Lues und glatte Zungengrundatrophie in Causalnexus bringen, ihre Ansicht klinisch, histologisch und auch statistisch mit besseren Argumenten gestützt, als die Gegner dieser Theorie. Der Vortragende kommt nun auf Grund seiner eigenen Casuistik zu dem Resultate, dass nicht die Lues allein, sondern eine accidentelle Entzündung in ihrem Einflusse auf den luetisch präformirten Mutterboden zur glatten Zungengrundatrophie führt. Erörterung der makroskopischen und histologischen Verhältnisse.

Discussion:

Brieger (Breslau): Ein Zusammenhang der glatten Zungengrundatrophie mit Lues besteht nicht in allen Fällen; leider kennen wir bisher nur den abgelaufenen Zustand, die wirkliche glatte Atrophie, während wir Zwischenstadien absolut nicht kennen, die uns orientiren könnten über den Einfluss der Entzündung, die der Vortragende annimmt.

Katz (Schlusswort): Die Resultate der Forscher, welche Lues und Zungenatrophie in Beziehung bringen, sind exacter als die, welche die letztere auf andere Factoren zurückführen wollen. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass es bei der Häufigkeit der Lues am Zungengrund doch so selten zur typischen glatten Zungengrundatrophie kommt.

18. Elsner (Berlin): Ueber Gastroskopie (mit Demonstration.

Elsner bespricht die geschichtliche Entwickelung, welche die Gastroskopie in drei Jahrzehnten durchgemacht hat. Als practisch anwendbare Methode stellte die Gastroskopie noch bis vor wenigen Jahren ein völlig ungelöstes Problem dar. E. hat ein Gastroskop construirt, welches alle Voraussetzungen für seine prac-

tische Brauchbarkeit zu erfüllen scheint. Es ist technisch und constructiv äusserst einfach, seine Anwendung leicht zu erlernen. Dazu kommt, dass die Methode, wie E. sie übt, ungefährlich und in den weitaus meisten Fällen, in denen die Spiegeluntersuchung des Magens in Betracht kommt, auch thatsächlich anwendbar ist. Daher glaubt E., dass der Einführung seines Gastroskopes in die Klinik nichts mehr im Wege steht.

E. hat mit seinem Gastroskop bisher etwa 400 Untersuchungen ausgeführt. Er verfügt schon jetzt über eine Reihe von Fällen, in denen er carcinomverdächtige Fälle nach der positiven oder negativen Seite hin mit Hülfe seines Gastroskops aufklären konnte. — Zum Schluss demonstrirte E. das Spiegelbild des Magens in zahlreichen normalen und pathologischen Fällen. Unter letzteren befinden sich auch Bilder von Magengeschwür und Magencarcinom.

Discussion:

Brünings (Jena) berichtet über eigene Versuche; er bittet weiter um Aufklärung über die klinische Wichtigkeit der Gastroskopie.

Mann (Dresden) hat eine Zeit lang mit dem Instrumentarium von Löning und Stieda gearbeitet und hält dasselbe für brauchbar. Die genannten Autoren geben übrigens eine ganze Reihe von Abbildungen des Magens.

Henrici (Aachen) berichtet über eigene Untersuchungen mit verschiedenen Gastroskopen. Er erörtert ihre Vortheile und Nachtheile und stellt fest, dass entgegen der Behauptung von Löning und Stieda, nach der der Pylorus offen steht, derselbe geschlossen sei.

Killian (Feiburg) macht auf die Methode Jakson's aufmerksam, von deren Wirkung er sich persönlich überzeugen konnte.

Elsner (Schlusswort): Der Endzweck der gastroskopischen Bemühung ist natürlich deren Verwerthung in der Klinik. Die bisher verwendeten Gastroskope einschliesslich des von Brünings haben verschiedene Nachtheile, die Elsner ausführlich erörtert. Löning hat vierfarbige Bilder vom Magen publicirt, aber nicht derartige Bilder von Carcinom und Ulcus, wie der Vortragende.

19. Brünings (Jena): Ueber eine neue Art der Injectionsplastik.

Es handelt sich um autoplastische Verpflanzung von Fettgewebe zu kosmetischen Zwecken, und zwar mittelst einer Injectionsspritze. B. fand, dass man in kleine Würfel geschnittenes Fettgewebe durch eine mit sehr weiter, kurzer Canüle versehene Schraubenspritze, wie sie zu Paraffininjectionen verwendet werden, subcutan injiciren kann. In den bisherigen 4 Fällen (Nasenplastiken) erfolgte reactionslose Einheilung mit vorzüglichem kosmetischen Resultat, über dessen Dauer indess noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen. Die Vortheile gegenüber den bisherigen Methoden der kosmetischen Fettplastik liegen in der Vermeidung von Narben und Narkose.

Discussion:

Mann (Dresden) erwähnt eine Publication Holländer's, der ebenfalls Fett zu kosmetischen Zwecken injicirte.

Ritter (Berlin) befürchtet, dass bei Sattelnase die gespannte Haut das injicirte Fett wieder platt drücken könne.

Brünings (Schlusswort): Man kann direct durch Fettstückchen einen scharfen Grat erzeugen; sie wandern nicht, wie Paraffin, sie bleiben gut stehen.

20. Avellis (Frankfurt a. M.): Lehrreiche Beispiele von Fehldiagnosen der eigenen Praxis aus dem Gebiete der Tuberculose der oberen Luftwege.

Es werden Fälle aus der Praxis erzählt: unter anderen ein Fall von diagnosticirter Tuberculose der Lungen bei einem Kinde, dessen Bruder an Tuberculose gestorben war. Der Irrthum kam daher, dass der Hausarzt nicht selbst den Auswurf untersucht hatte, sondern einem Laboratorium glaubte, das alte Objectträger benutzt hatte, und also Bacillen eines früheren Sputums fand und die fehlerhafte Diagnose mit Sicherheit stellte. Ferner Fälle von Hämoptoe, die aus dem Rachen kamen, solche, die aus Varicen der Trachea kamen, Stauungen im Kreislauf als Ursache hatten. Die Trachealblutungen kommen unter anderen häufig nach dem Coitus vor. Ferner Fälle von Lues hereditaria tarda bei einem 27jährigen gesunden, niemals inficirten Manne, wo durch Probeexcision des ulcerirten Mandelstückchens anatomisch Tuberculose diagnosticirt wurde, ein Irrthum, der sich erst spät durch den Heilerfolg des Jod und dann durch die Zurücknahme des Irrthums seitens des pathologischen Anatomen aufklärte. Ein anderer Fall betraf einen Granulationstumor der Oberkieferhöhle, der in den mittleren Nasengang durchgebrochen war und dessen Diagnose nach der operativen Ausräumung „Kleinzelliges Sarkom“ lautete. Der Tumor bekam kein Recidiv, später aber konnte durch Tuberculininjection festgestellt werden, dass es sich um Tuberculose handelte und auch der erste Tumor ein grosser tuberculöser Kieferhöhlentumor war. Man verlasse sich nicht zu sehr auf blosse anatomische Diagnose, bewerthe die klinischen Merkmale höher.

21. v. Eicken (Giessen): Zur Behandlung der Choanalatresie.

Durch submucöse Septumresection wurde der ganze Vomer entfernt, dabei liess sich auch die knöcherne Platte der Atresie submucös freipräparieren und mit einigen Meisselschlägen abtragen. Darauf wurde die nur noch aus Schleimhaut bestehende, die Choane abschliessende Membran und mit ihr das hintere Drittel der beiderseitigen Schleimhautblätter des Nasenseptums entfernt. Die Wunde am Septum kam infolge dessen in eine so grosse Entfernung von der dem lateralen Theil des beseitigten Choanalverschlusses entsprechenden Wundfläche, dass die Gefahr der Wiederverwachsung der Wundränder beseitigt und abgesehen von einer zweitägigen Tamponade der vorderen zwei Drittel der Nase jede weitere Nachbehandlung unnöthig war.

Discussion zu No. 20 und 21:

Uffenorde (Göttingen) erwähnt eine eigene Behandlungsmethode.

Marschik (Wien) berichtet über die Erfahrungen der Wiener Klinik.

22. v. Eicken (Giessen): Ein neues Verfahren zur Beseitigung von Stenosen des Thränennasencanals.

Nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle in Localanästhesie und Anlegung einer grossen Gegenöffnung im unteren Nasengang wird zunächst die laterale

knöcherne Umgrenzung des Thränennasencanals, die in der Regel eine deutliche Vorwölbung in die Kieferhöhle zeigt, durch vorsichtige Meisselschläge abgetragen, dann ebenso die mediale aus Knochen und Nasenschleimhaut bestehende Wand des Canals beseitigt. Auf diese Weise kann man den ganzen Thränennasencanal bis zu seinem Uebergang in den Thränensack freilegen; zuweilen ist es nöthig, noch ein Stück des Processus frontalis des Oberkiefers mit fortzumeisseln. Der nunmehr häutige Canal lässt sich an seiner medialen oder lateralen Fläche spalten und theilweise oder ganz reseciren. Bericht über 6 Fälle, die wegen Stenosen des Thränencanals ohne Erfolg mit Sondirung behandelt waren und bei denen das neue Verfahren in Anwendung kam. In einem Falle trat keine Besserung ein, weil der Thränensack, wie die spätere Exstirpation zeigte, hochgradig geschrumpft war und kaum noch ein Lumen zeigte. In einem zweiten Falle wurden zwar die Thränenwege wieder frei, doch dauerte die Epiphora und die Neigung zur Verklebung der Lider infolge einer 50 Jahre bestehenden Conjunctivitis und Blepharitis an. In 4 Fällen trat völlige Heilung mit freiem Abfluss der Thränen ein, was durch die Fluorescein-Kaliumprobe erwiesen wurde. Bei 2 der geheilten Fälle bestand eine Dacryocystitis, die völlig zurückging. In 3 der 6 Fälle bestand vor der Operation eine Kieferhöhleneiterung, die durch den Eingriff mit geheilt wurde. Dreimal wurde eine gesunde Kieferhöhle eröffnet, ohne dass secundär eine Eiterung auftrat.

Das Verfahren hat gegenüber den endonasalen Methoden den Vorzug einer ausgezeichneten Uebersichtlichkeit und lässt sich bei entsprechender Technik so gut wie schmerzlos ausführen.

Die physiologisch so wichtige Function des Thränensackes bleibt erhalten. Eine äussere sichtbare Narbe wird vermieden.

Discussion:

Polyak (Budapest) hat in einem Falle von Dacryocystoblennorrhoe eine Sonde bis zur Stenose in den Ductus geführt, dieselbe vom mittleren Nasengang aus freigelegt und mit vollem Erfolg beseitigt.

Rehse (Königsberg): Störungen im thränenableitenden Apparat können ihren Sitz haben in pathologischen Veränderungen im unteren Nasengang (Fremdkörper!), in der Mitte des Ductus gegenüber dem vorderen Ende der mittleren Muschel (Verlagerung des Ductus durch lateralwärts gedrückte mittlere Muschel etc.); endlich können entzündliche Processe in den vorderen Siebbeinzellen solche Störungen bedingen, was man nicht rhinoskopisch feststellen kann, worauf aber die Röntgenaufnahme einen Hinweis giebt.

Schmiedt (Leipzig-Plagwitz): Operationen am Ductus haben nur Erfolg, wenn der Thränensack nicht erweitert oder atrophisch ist. In letzteren Fällen ist die Entfernung des Saccus, eventuell der kleinen Thränendrüse nothwendig.

Uffenorde (Göttingen): Stenosen des Nasencanals liegt sehr oft eine Tuberculose zu Grunde.

Neumayer (München) hat die Stenose des Ductus so behandelt, dass er den Thränensack in die Nase hineinpflanzte, mit zufriedenstellendem Erfolg.

v. Eicken (Schlusswort): Endonasale Eingriffe führen gelegentlich auch zum Ziel, können aber wegen Blutung und dadurch Unübersichtlichkeit im Gegen-

satz zu meinem Verfahren fehlschlagen. Dasselbe soll besonders für tiefsitzende und ausgedehnte Stenosen empfohlen werden. In zwei Fällen ging eine ausgesprochene Dacryocystitis mit Erweiterung des Thränensackes zurück. Mit der Methode Neumayer wird der normale physiologische Functionsmechanismus um Thränensack (Compression und Aspiration durch die Lider) aufgehoben.

23. E. Oppikofer (Basel): Mikroskopische Befunde von 20 Kiefercysten.

Verf. nahm bei 19 Zahnwurzelcysten und einer folliculären Cyste die mikroskopische Untersuchung vor. Als innere Auskleidung fand sich regelmässig Plattenepithel, das jedoch auf grossen Strecken fehlt. Stellenweise finden sich im Plattenepithel Gefässe; es lässt sich leicht nachweisen, dass diese Gefässe aus dem Granulationsgewebe stammen und nichts anderes darstellen als Tangentialschnitte durch ganz feine schmale Papillen. Neben dem Plattenepithel besteht die Cystenwand aus Granulationsgewebe und Bindegewebe, die nicht selten Pigment, Cholestearinkrystalle, Fremdkörperriesenzellen enthalten. Schwerere Degenerationen im Epithel oder im Bindegewebe, wie sie von einzelnen Autoren beschrieben worden sind, waren nicht nachweisbar. Was den an die Cyste angrenzenden Knochen anbelangt, so ist zu bemerken, dass sich durchweg starke Aufbauprocesse vorn finden; die Osteoblasten sind viel zahlreicher als die Osteoklasten.

24. O. Wagener (Giessen): Spiegelbefund bei Hypopharynxdivertikel.

Nach den Untersuchungen Killian's sind die sogenannten Pulsionsdivertikel des Oesophagus als Hypopharynxdivertikel zu bezeichnen. Die Diagnose lässt sich stellen unter Berücksichtigung der charakteristischen Anamnese durch Sondirung, Röntgenuntersuchung und besonders durch directe Oesophagoskopie.

Als typischen Befund konnte v. Eicken in mehreren Fällen Schaumbildung im Hypopharynx mit dem Kehlkopfspiegel feststellen. Dies Symptom scheint für Hypopharynxdivertikel charakteristisch zu sein.

Mittheilung eines weiteren Falles.

25. H. Marschik (Wien): Demonstration von Instrumenten.

M. demonstrirt eine neue selbsthaltende Tonsillenfasspincette zur Tonsillectomie, sowie eine gekrümmte Pincette für die Keilbeinhöhlenschleimhaut und die Ausräumung der Hypophyse, die gleichzeitig als Elevatorium verwendet werden kann. Endlich die Photographie eines Falles von Choanalatresie mittelst des Hays-Kahler'schen Pharyngoskops (bei Leiter-Wien).

26. Boenninghaus (Breslau): Gefährliches Stirnbein (Demonstration).

B. demonstirt ein Stirnbein, welches dadurch bei breiter Eröffnung der Stirnhöhle verhängnissvoll werden könnte, dass die Riechgrube leistenartig in die Stirnhöhle vorspringt.

27. Manasse (Strassburg): Ueber orbitale und cerebrale Complicationen bei acuten Nebenhöhleneiterungen.

Fall 1. 8jähriges Kind mit acuter Kieferhöhleneiterung und einen Tag be-



stehender Orbitalphlegmone. Operation: Aufmeisselung der Kieferhöhle, Fistel im Dach derselben, die in die Orbita führt, Erweiterung der Fistel, Entleerung und Drainage der Orbitalphlegmone durch diese Fistel. Heilung, ohne dass die Orbita von aussen geöffnet wurde.

Fall 2. 21 jähriges Mädchen, acute Siebbein- und Kieferhöhleneiterung links mit schweren cerebralen Symptomen, Exitus. Autopsie: Grosser intrameningealer Abscess der rechten Grosshirnhemisphäre.

Fall 3. 26 jähriger Mann mit acuter linksseitiger Nebenhöhleneiterung und gleichzeitiger Orbitalphlegmone; nach der Operation zuerst gutartiger Verlauf, nach 3 Wochen Zeichen cerebraler Complication. Die zweite Operation deckte einen grossen Stirnabscess im Frontallappen auf. Heilung. Demonstration des Patienten und der mikroskopischen Präparate des makroskopisch intacten Knochens, der den Stirnabscess von dem primären Herd trennte.

28. G. Ritter (Berlin): Die Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand bei der Radicaloperation.

R. schildert ein eigenes Verfahren. Bei diesem wird nur die orbitale Stirnhöhlenwand fortgenommen und die Stirnhöhle von unten her ausgeräumt, nöthigenfalls unter Zuhülfenahme einer schmalen Gegenöffnung in der frontalen Wand, entsprechend der höchsten Partie der Höhle. Die Vortheile gegenüber den üblichen osteoplastischen Methoden bestehen im Folgenden:

1. Die vordere Stirnhöhlenwand braucht nicht aus ihrem Zusammenhang gelöst zu werden.
2. Die Orbitalbuchten werden beseitigt und verödet, die Stirnhöhle dadurch verkleinert.
3. Die Siebbeinradicaloperation wird damit von demselben Schnitt aus vereinigt.
4. Nöthigenfalls kann in Localanästhesie sehr leicht die Killian'sche Operation noch angeschlossen und die Höhle verödet werden, was sicher zur Heilung führt.

Von 12 Fällen wurden 11 auf diesem Wege geheilt, in einem Falle war die nachträgliche Resection der vorderen Wand nöthig. Das kosmetische Resultat war stets ausgezeichnet.

29. Hoerner (Leipzig): Practische Erfahrungen mit der Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand bei der Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterung.

H. demonstrirt im Anschluss an den Vortrag von G. Ritter (Berlin) Gipsabgüsse, Photographien und Röntgenbilder von Patienten, bei denen vor $1/2$ bis $1 1/2$ Jahren die Stirnhöhlenoperation nach der Ritter'schen Methode ausgeführt worden ist; die Fälle sind ausgeheilt. Der kosmetische Effect ist sehr gut.

30. Bouvior (Giessen): Käsiges Kieferhöhlenempyem mit hochgradiger Verdrängung der Nasenscheidewand.

Bei einer Patientin, die an rechtsseitiger Nasenverstopfung seit einem Jahre, vor 2 Jahren an doppelseitigem Fehlen der Geruchsempfindung ein Jahr lang litt,

ergab die Untersuchung und Durchspülung der Kieferhöhle von einer Zahnfistel aus eine schwere Sinusitis maxillaris caseosa. Die Kieferhöhle und rechte Nasenhälfte waren durch Schwund der lateralen Nasenwand und des mittleren Theiles der unteren und mittleren Muschel in einen gemeinsamen Hohlraum umgewandelt, der mit stark fötiden, käsigen Massen erfüllt war. Durch den Druck der Massen war eine maximale Septumdeviation nach links eingetreten, die die linke Nasenhälfte völlig verlegte. Heilung nach einigen gründlichen Ausspülungen. Correctur des Septums. Empyem offenbar dental, andere Ursachen unwahrscheinlich.

31. V. Guttmann (Prag): Ein seltener chemischer Befund in einem Rhinolithen.

G. berichtet über einen Rhinolithen, dessen Kern, ein Kirschstein, der Anamnese nach wahrscheinlich über 50 Jahre in der Nase gelegen hat. Die chemische Analyse ergab neben den gewöhnlich vorkommenden Salzen das Vorhandensein einer relativ bedeutenden Menge von Oxalsäure, und zwar 0,6 pCt., ein Befund, welcher noch nirgends im Rhinolithen gefunden wurde.

Aus der Geschäftssitzung ist hervorzuheben, dass als Ort der nächsten Tagung Hannover bestimmt wurde.

Zum ersten Vorsitzenden wurde Prof. Seifert (Würzburg), zum zweiten Vorsitzenden Dr. Hansberg (Dortmund) gewählt.

Neu in den Vorstand traten ein an Stelle der ausscheidenden Herren: Prof. Jurasz (Lemberg) und Prof. Killian (Freiburg i. Br.), Geheimrath Heymann (Berlin) und Prof. Spiess (Frankfurt a. M.). Man beschloss ferner, am Grabe von Moritz Schmidt einen Kranz niederzulegen.

---

b) III. Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie.

April 1910.

Vorsitzender: Cisneros.

Portella (Cadix): Heilbarkeit und Behandlung der Tuberculose.

Bei der Heilbarkeit der Kehlkopftuberculose wirken mehrere Factoren mit: Der Zustand des Kehlkopfs, der Lungenerkrankung, der Allgemeinzustand und die sociale Stellung der Patienten. Die Schwangerschaft verschlechtert die Prognose. Die Verbesserung der Prognose ist den Fortschritten der endolaryngealen Behandlung, speciell der galvanokaustischen Methode zu danken. Die extralaryngeale Chirurgie ist nur in ganz exceptionellen Fällen anzuwenden. In allen Fällen ist völlige und anhaltende Stimmruhe angezeigt und stets hat Allgemeinbehandlung zu erfolgen. Recidive sind häufig, aber nicht die Regel.

Compaired bekennt sich als Anhänger der Mermod'schen Methode, welche die am wenigsten schlechte ist. Die Tracheotomie hat wegen der Ruhigstellung des Larynx grossen Werth. Er erinnert daran, dass sie von Ariza schon vor langer Zeit empfohlen wurde.

Castaneda gebraucht die Galvanokaustik, den Tiefenstich bei Infiltrationen, die Oberflächengalvanokaustik bei Geschwüren.

Botella: Die Galvanokaustik bessert die Dysphagie bei der infiltrativen Form; bei den Geschwüren ist sie wenig wirksam. Bei Schwangerschaft ist seiner Ansicht nach der Abort einzuleiten, wenn die Möglichkeit der Heilung besteht.

Villar Ullano verwirft die Anwendung von Eis nach der Galvanokaustik, um die phagocytäre Reaction nicht zu beeinträchtigen.

Portella: Es giebt bis heute keine specifische Tuberculosebehandlung. Der künstliche Abort hält die Larynxtuberculose nicht auf und ist mit Gefahren verknüpft. Eisschlucken mässigt die Reaction nach der Galvanokaustik.

Setien (Santander): Trauma des Gaumens.

27 Monate altes Kind.

Antoli Candela (Valencia): Stein in der Submaxillardrüse.

59 jähriger Patient mit Schwellung des Mundbodens auf der rechten Seite. Incision, Extraction des Steins. Die Heilung wurde dadurch verzögert, dass eine Streptokokkeninfection auftrat, die mit Marmorekserum geheilt wurde.

Gereda (Madrid): Blutungen bei Tonsillectomie.

Bericht über zwei Fälle: Im ersten Fall Exstirpation mit Ruault'scher Zange. Sehr heftige Blutung. Dreiviertel Stunden, nachdem bereits Erscheinungen von Synkope aufgetreten waren stand die Blutung auf Anwendung einer Eiscravatte. Keines der sonst angewandten hämostatischen Mittel hatte Erfolg. Im zweiten Fall trat die Blutung in Folge Verletzung des vorderen Gaumenbogens auf; Naht war wegen der Ungebärdigkeit des Kindes nicht möglich. G. demonstrirt eine T-förmige Klemme, die ein wenig convex ist, zum Comprimiren der Gaumenbögen; er zieht diese der Naht vor.

Compaired: Bei sehr zahlreichen Tonsillotomien, die er gemacht hat, ist niemals eine Blutung aufgetreten.

Portella empfiehlt die prophylactische Anwendung von Calciumchlorid, 48 Stunden vor dem Eingriff. Er hält die Gereda'sche Klemme für nützlich.

Morales hat in einem Fall von innerlicher Adrenalinanwendung Nutzen gesehen.

Botella empfiehlt für Kinder die Anwendung des Somnoforms, um sicher operiren zu können.

Antoli Candela: Fall von ösopharyngealer Synechie.

Es handelt sich um einen Kranken, der an Pharyngitis lateralis und Rhinitis hypertrophica litt. Der Nasenrachen war ausgefüllt von einem Gewebe, das die Hinterfläche des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand verlöthete. Die linke Nase communicirte nicht mit dem Pharynx, die rechte war etwas durchgängig. C. machte mit gekrümmten Scheeren eine Bresche in dem Gewebe und exstirpirte mittels einer Chatellier'schen Zange verschiedene Stücke desselben. Dann Verschluss und gleichzeitige Dilatation mittels eines Jodoformgazestreifens. Wenige Tage später war völlige Heilung eingetreten.

Santiuste: Aetiologische Bedeutung der hypersecretorischen Magenaffectionen für die Entstehung der chronischen katarrhalischen Pharyngitiden oder der Pharynxparaesthesie.

Redner fasst seine Ansichten in folgende zwei Sätze zusammen:

1. Die meisten Pharynxkatarrhe oder paraesthetischen Zustände des Pharynx sind durch eine Hypersecretion des Magens verursacht, im Allgemeinen durch Hyperchlorhydrie.

2. Sie verschwinden fast stets nach einer die Aetiologie berücksichtigenden Behandlung.

Portella hält das kochsalzlose Regime für wichtig. Tabak ist schädlich, weil er den Chemismus des Magens stört.

Compaired: Soll man bei der Adenotomie anästhesiren?

C. hat in den letzten 9 Jahren 1720 Adenotomien unter Somnoform gemacht ohne Todesfall; er empfiehlt das Somnoform für diese und andere kleine Operationen.

In der Discussion erklärte sich ein Theil der Redner gegen Allgemeinnarkose, andere wenden sie nur bei sehr ungebärdigen und ängstlichen Kindern an.

Galleges (Sevilla): Blutegel in den Luftwegen.

Während des Verlaufes von 11 Jahren hat G. 112 Blutegel aus den oberen Luftwegen entfernt, von denen 20 am hinteren Ende der Muschel und im Nasenrachen, 84 im Pharynx und 8 in der Trachea sassen. G. erörtert die Symptomatologie dieser Fremdkörper und führt einen Fall an, in dem wegen häufiger Blutungen und blutigen Auswurfes der Patient als tuberculös betrachtet wurde. Die Extraction führte zu völliger Heilung.

In der Discussion führen mehrere Redner analoge Fälle an. Einige von ihnen meinen, dass das Cocain auf die Blutegel nicht wirkt.

Tapia erwähnt einen Fall, in dem ein Blutegel in der Tiefe der Trachea sass und die Extraction nur mittels der directen Tracheoskopie gelang.

Morales berichtet über einen Fall, in dem wegen drohender Asphyxie die Tracheotomie gemacht werden musste, einige Monat danach erfolgte eine Hämoptysis und man fand einen Blutegel in der Canüle.

Portela hat nach Cocainapplication die Ausstossung der todten Blutegel gesehen.

Villar Urbano führt drei Fälle an; in einem sass der Blutegel im Cavum, im andern subglottisch, beide wurden extrahirt. Im dritten Fall sass er in der Trachea und die Ausstossung erfolgte nach Injection von Mentholöl.

Botella (Madrid): 1. Einige Betrachtungen über einen Fall von phlegmonöser Laryngitis.

B. bespricht die Differentialdiagnose zwischen Laryngitis phlegmonosa und Larynxerysipel und berichtet über einen typischen Fall von Phlegmone. Diese Krankheit muss als eine von der Laryngitis erysipelatosa verschiedene pathologische Einheit betrachtet werden, obwohl sehr wahrscheinlich bei beiden der Fehleisensche Streptococcus als Erreger zu betrachten ist.

Horcasitas: Erysipel und Pharynxphlegmone sind verschiedene Dinge; er heilte einen Fall von diffuser Phlegmone des Pharynx und des Halses, in dem tracheotomirt werden musste. Durch die Canüle entleerten sich grosse Mengen Eiter.

2. Zwei Fälle von primärer Perichondritis des Larynx.

1. 48jähriger Mann. Perichondritis des Schildknorpels; diffuse Schwellung der linken Larynxhälfte; Schüttelfrost, Fieber, Husten, Tracheotomie. Einige Tage darauf öffnete sich im Taschenband spontan ein Abscess. Heilung.

2. 59jähriger Mann. Infiltration des Larynx; Anschwellung des Halses, Fieber. Nach 24 Stunden Verschlimmerung und Athembeschwerden. Nach 2 Tagen Tracheotomie: Gewebe sehr infiltrirt, es besteht ein fötider präthyreoidaler Abscess. Reinigung mit H_2O_2 vor Eröffnung der Trachea; die Wunde wird mit Gaze austamponiert und offen gelassen. Nach einigen Stunden Fieberanstieg auf 40,5°. Erneuerung des Verbandes, die Schildknorpelplatten erscheinen mortificirt, ebenso das Nachbargewebe.

Es besteht Bronchiallähmung und Pat. stirbt an septischer Bronchopneumonie.

Résumé: Es giebt eine primäre Perichondritis a frigore, deren Verlauf acut, subacut und chronisch sein kann. Die Prognose kann eine sehr ernste sein.

Barajas berichtet über einen Fall von traumatischer Perichondritis bei einer Schwangeren. Es musste die Tracheotomie gemacht werden; die septisch-pyämische Infection konnte beherrscht werden und übte keinen Einfluss auf die Schwangerschaft aus.

Castaneda (San Sebastian): Ueber Diagnose und Therapie der primären Oedeme des Pharynx und Larynx.

C. stellt zwei Fälle vor: 1. 26jähriger Mann, früher leichte Rheumatismen; erwacht ohne vorhergehende Erscheinungen eines Morgens mit Athemnoth. Es findet sich Oedem der Uvula und des linken vorderen Gaumenbogens, das nach 24 Stunden verschwindet. Darauf Oedem der rechten aryepiglottischen Falte. In den beiden nächsten Jahren von Neuem flüchtige Oedeme.

2. 45jähriger Mann mit Oedem an der Uvula und der Epiglottis; starke Erstickungsanfälle.

Die Oedeme entwickeln sich schnell und afebril, ohne entzündliche Reaction und wechseln ihren Ort; vielleicht sind sie auf eine intestinale Intoxication zurückzuführen. Die Behandlung besteht in multiplen Scarificationen. Adrenalin ist wirkungslos.

Barbera (Valencia): Zwei schwere Kehlkopftraumen.

1. Arbeiter mit Selbstmordmanie, der sich mit dem Rasiermesser eine enorme Wunde zufügt und dabei die linke Schildknorpelplatte durchschneidet. Die primäre Blutung war sehr stark. Exitus am Tage darauf.

2. 18jähriges Mädchen, Opfer eines Lustmordes. Der Schnitt geht von rechts nach links durch den Hals und durchtrennt alle Weichtheile der Vorderseite. Der Kehlkopf ist am oberen Rand des Schildknorpels durchtrennt; Epiglottis und ein Theil der ary-epiglottischen Falten sind nach oben gezogen; die Stimm- und Taschenlippen liegen frei.

Horcasitas: Merkwürdiger Fall von Recurrenslähmung.

46jährige Frau, ohne bemerkenswerthe Antecedentien, zeigt Lähmung des rechten Stimmbandes mit Stellung in der Mittellinie; Ursache der Lähmung ist

eine aneurysmatische Erweiterung des Truncus brachio-cephalicus. Zehn Tage später musste eilig die Tracheotomie gemacht werden. Auf Jod trat Besserung ein. Pat. konnte mit verstopfter Canüle athmen. Besserung von Aneurysmen und der durch sie bedingten Lähmungen ist ausserordentlich selten.

Portella glaubt, dass die Compression eine reflectorische Contractur der Kehlkopfmuskeln bedingt habe.

Horcasitas widerspricht dem.

Tapia: Eine weitere Beobachtung von halbseitiger Lähmung des Kehlkopfes und der Zunge ohne Lähmung des Gaumensegels (Tapia'scher Symptomencomplex).

Drüsentumor am Hals, der auf den N. vagus (unterhalb des Abganges des N. pharyngeus superior) und den Hypoglossus drückt.

Castaneda: Der Tapia'sche Symptomencomplex verdient seiner Bedeutung nach den Platz neben denen von Avellis, Schmidt und Jackson.

Tapia: Ueber Kehlkopflähmungen bulbären Ursprungs.

58jähriger Mann, der plötzlich an doppelseitiger Gaumensegellähmung mit Anästhesie des Kehlkopfes und Lähmung der Musc. crico-thyreoidei, arytaenoid. und der Zunge befallen wird. Der Pat. konnte nicht schlucken, die Nahrung ging direct in den Larynx, verursachte enorme Hustenanfälle; ein Theil kam durch die Nase zurück. Er konnte auch nicht die Bissen im Munde bewegen und keine Zungenlaute aussprechen. Sondenernährung. Zwei Monate später Tod in Folge Schluckpneumonie.

T. demonstrirt an Projectionsbildern, dass ein einzelner hämorrhagischer Herd, der im inneren weissen Flügel gelegen und sich auf die untere Partie des grauen Flügels ausdehnt, die Symptome hervorrufen kann.

Cimenez Eucinas betont die Nothwendigkeit, die Tracheotomirten mittels Nasensonde zu ernähren, um die Schluckpneumonien zu vermeiden.

Tapia: Pathologisch-anatomische und klinische Betrachtungen über einige Formen der Leukokeratose des Kehlkopfs (Pachydermie).

T. schlägt die Bezeichnung Leukokeratose des Kehlkopfs vor für die weichen und harten Neubildungen, die histologisch durch eine übermässige Bildung und Anhäufung von Keratin charakterisirt sind; unter dieser Bezeichnung versteht er die nichtsyphilitischen weissen Flecken, die aus einem feinen Keratinhäutchen bestehen, bis zu den flachen Pachydermien mit dicker Verhornung, von den Sängerknötchen bis zum Cornu laryngeum, von der Pachydermia verrucosa bis zu den verhornten Papillomen und den weissen Tumoren Rosenbergs's.

T. berichtet über vier Fälle und demonstrirt Zeichnungen und Präparate.

Antoli Candela: Ein Fall von Retropharyngealabscess bei einem 8 Monate alten Kind.

Das Kind war fast sterbend mit äusserster Dyspnoe. Der Abscess wurde breit gespalten. Im Eiter fanden sich kapsellose Diplokokken und sehr reichlich Streptokokken. Heilung.

Gallegos entleert in diesen Fällen einen grossen Theil des Eiters mit dem Aspirationstroicart und erweitert dann die Oeffnung.

Barejas hat unter zahlreichen Fällen nur einen gesehen, der Gefahr zu bieten schien; dieser hat ihn zur Anwendung des Aspirationstroicarts geführt.

Cisneros erwähnt einen Fall, wo beim Herunterdrücken der Zunge der Abscess sich öffnete und das Kind starb.

Tapia: Lipom des Kehlkopfes.

48 jährige Fau; seit 4 Jahren Schluckbeschwerden: zur Zeit kann sie nur Flüssigkeiten schlucken, Athembeschwerden; Tumor von der Grösse einer Mandarine, ohne Stiel, auf der rechten aryepiglottischen Falte sitzend. Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge. Analyse: Lipom.

Gimenz (Madrid): Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Intralaryngeale Eingriffe, mit Galvanokaustik combinirt oder nicht, dürfen im Beginn der Krankheit gemacht werden; G. zieht das Koch'sche Alttuberculin vor. Günstige Resultate in 14 Fällen.

Compaired (Madrid): Ueber einen Fall von Kehlkopf-Zungenfistel.

Ein Patient hatte in der vorderen unteren Region des Halses einen angeborenen Fistelgang. Bei der Operation konnte man constatiren, dass dieser Gang an der Membrana crico-thyreoidea befestigt war und bis zur Zungenbasis hinaufstieg.

Megias (Granada): Ein Fall von Kehlkopflähmung in Folge Lähmung des N. spinalis.

M. glaubt, dass eine bei einer syphilitischen Frau durch eine Kugel bewirkte Verletzung in Höhe des Foram. lacerum posterius die Erscheinungen hervorrief.

Cermona (Madrid): Klinische Beobachtungen über cystische branchiogene Tumoren.

Diese Tumoren — anfangs cystisch — erfahren später eine krebsige Umwandlung; ihr Ursprung ist ein entwicklungsgeschichtlicher, ihre Natur ist die gleiche wie die der Halsfisteln.

Compaired fragt, welche Beziehung besteht zwischen diesen Cysten und infrahyoidalen Fisteln (His).

Cermona: Man darf die Cysten nicht eintheilen in infra- und suprahyoidale, sondern in laterale und centrale; C. giebt eine Uebersicht über die Entwicklungsgeschichte des Halses.

Llorente (Madrid): Diphtherie und Intubation der Larynx.

L. hat 5000 Intubationen gemacht; er ernährt die Patienten stets mit der Nasensonde.

Villar Urbano (Malaga): 1. Fremdkörper des Kehlkopfs.

3 cm langes Eisenstück; Extraction mittels Tracheotomie; Decanulement nach 24 Stunden.

2. Kehlkopfstenose.

24 jähriger Mann; Tuberculose der Epiglottis; Tracheotomie; Galvanokaustik. Narbenstenose; Dilatation mit Schroetter'schen Bougies; nach 6 Monaten Einführung einer Nelatonsonde durch die Trachealwunde. Heilung.

Tapia hält den Fall für Lues, schlägt Wassermann vor.

Compaired, Cisneros, Botella, Castaneda sind derselben Ansicht.

Lazarraga (Malaga): Die Localanästhesie bei den Totalexstirpationen des Kehlkopfes.

L. stellt drei Fälle vor, operirt unter Novocain-Anästhesie.

Tapia wendet die Localanästhesie in der ersten Zeit an (transversale Tracheotomie), in der zweiten Zeit (Kehlkopfexstirpation) Chloroformnarkose.

Botella (Madrid): Einige Betrachtungen über vier bronchoskopische Fremdkörperfälle.

Der Erfolg der Bronchoskopie steht in directem Verhältniss zur Frühzeitigkeit des Eingriffs; es muss alles zur Tracheotomie und unteren Bronchoskopie vorbereitet sein für den Fall, dass die obere nicht möglich ist. Man versuche erst ein 9 mm-Rohr ohne Druck einzuführeu, gelingt dies nicht, dann ein 7 mm-Rohr. Bei grosser Reflexerregbarkeit empfiehlt sich die Anwendung der Narkose. Die Sitzungen sollen nicht länger als eine Stunde dauern; man muss auf die Entstehung eines Glottisödems achten.

Castaneda berichtet über den Fall eines Kindes mit Fremdkörper in einem Bronchus zweiter Ordnung im rechten Oberlappen; man konnte den Fremdkörper nicht sehen.

Tapia hält die Extraction in einem Fall, wie den Castaneda's nicht für möglich.

Botella: Persönliche Statistik oesophagoskopisch extrahirter Fremdkörperfälle.

Bericht über 24 Fälle: 13 wurden mittels des Oesophagoskopes extrahirt; in 3 war es nothwendig, die Oesophagotomie zu machen, in 1 wurde der Fremdkörper in den Magen gestossen, ein anderer ging von selbst in den Magen; 6 Fremdkörper konnten nicht gesehen werden.

Santiuste (Santander): Betrachtungen über intra- und extralaryngeale Carcinome.

Bericht über 3 Fälle. Die Operation ist auch in vorgeschrittenen Fällen anzurathen; die Prognose ist besonders schlecht, wenn der Tumor bis zum 1. Trachealring reicht.

Cisneros meint, dass Fälle mit Drüsenmetastasen nicht operirt werden sollen.

Satien (Santander): Tracheotomie bei einem 4 jährigen Kinde.

Primäre intensive Laryngitis; Asphyxie höchsten Grades. Tracheotomie; künstliche Athmung; Heilung.

Tapia (Madrid): Persönliche Erfahrungen über Fremdkörper des Oesophagus.

Bericht über 24 Fälle. Einmal war die Oesophagotomie nothwendlg; in einem Fall wurde im Moment, wo das Rohr eingeführt wurde, der Fremdkörper ausgestossen. Ein Mal wurde der Fremdkörper in den Magen gestossen. In den übrigen 21 Fällen wurde die Oesophagoskopie angewandt; 17 mal konnte der Fremdkörper extrahirt werden; 4 mal konnte man sich von seiner Nichtexistenz überzeugen.

T. demonstrirt sein 1907 angegebenes Dilatationsoesophagoskop.

Tapia: Bronchoskopische und tracheoskopische Fremdkörperfälle.

1. Blutegel in der Trachea; Extraction durch Tracheoscopia superior.

2. Olivenkern im rechten Bronchus; Extraction durch untere Bronchoskopie;

3. u. 4. Melonenkerne im rechten Bronchus; Extraction durch untere Bronchoskopie;

5. Zweifrankstück; spontan ausgehustet.

Oller (Barcelona): Behandlung der Leisten und Deviationen der Scheidewand mittels Electrolyse.

O. rühmt die Methode als einfach, bequem und ausgezeichnet.

Kerminski (Sevilla): Nasenathmung und bronchopulmonäre Erkrankungen.

Sehr ausführliche Studie über den Gegenstand.

Lazarrega: Maligne Tumoren der Nasenhöhle.

Mittheilung von 6 Fällen, Oberkieferresection gab sehr gute Resultate.

Compaired: 1. Ozaena und ihre Complicationen seitens Ohr und Gehirn.

Diese Complicationen sind häufiger, als man glaubt.

1. Neues Localanästheticum.

Chinin. hydrochl. und Urea wirkt weniger stark und schnell, als das Cocain.

Bertran (Madrid): Congenitale präauriculäre und prälaryngeale Fisteln.

Mittheilung eines Falles.

Villar Urbano: Kehlkopfpapillome.

U. empfiehlt die Entfernung per vias naturales; nach der Exstirpation wendet er Zinkchlorat an, um die Recidive zu verhüten.

Barberá: Nasen-Kehlkopflepra und ihre Behandlung.

B. verwendet mit Erfolg den Aethyläther des Chalmoagraöls (Antileprol). Man beginnt mit täglich zweimal 10 Tropfen in Oel.

Fernandez Velilla (Bilbao): Mischgeschwulst des Kehlkopfes.

Es handelt sich um ein Adeno-Fibro-Angiosarkom.

Der nächste Congress wird im September 1912 in Bilbao abgehalten werden.

Referate: Cisneros: Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Tapia: Diagnose und Behandlung der Labyrinthitis.

Zum Präsidenten wird Castaneda (San Sebastian) ernannt.

---

c) Sitzungsberichte des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereines.

Sitzung vom 9. April 1910.

Vorsitzender: Okunew.

Demonstrationen:

Levin: 1. Ohrenfall. 2. Papilloma laryngis auf tuberculöser Basis.

Das Papillom sitzt an der hinteren Wand.

Nikitin, Wiltschew und Okunew weisen darauf hin, dass es sich um einfache tuberculöse Wucherung handeln kann.

Höhlein: 1. Cancer laryngis.

Vor einem Jahre wurde am Halse eine carcinomatöse Drüse entfernt. H. nimmt an, dass der Cancer schon vor de äusseren Operation im Larynx vorlag, ohne Symptome zu machen.

2. Nochmalige Vorstellung eines Cancer laryngis, der vor einiger Zeit für eine gutartige Geschwulst gelten konnte, jetzt aber mikroskopisch als Epithelioma sich herausgestellt hat.

Wiltschew: Zittern der Stimmbänder bei einer Sängerin; das Tremoliren macht sich besonders bemerkbar bei dem Vocale „a" und „u".

Erbstein hält den Fall für Phonasthenia incip.

Erbstein: 1. Ohrenfall. 2. Tuberculosis laryngis.

Wygotzki: Geschwulst in der linken Nase, ausgehend vom Septum bei einem 6jährigen Mädchen.

Mikroskopisch Myxofibroma telangiect. oedematos.

P. Hellat: 1. Partielle Rhinoplastik.

Der eine Flügel, zum grossen Theile durch ein Ulcus zerstört, wurde aus der Wange plastisch ersetzt. Jetzt aber hebt sich die eingepflanzte Haut durch geröthete Farbe und Vorwölbung unschön von der Umgebung ab. Die Erklärung liegt in den Vernarbungsverhältnissen.

2. Officier, der vor 4 Monaten an Husten erkrankte, mit Athmungsstillstand und Ohnmachtsanfällen. Husten und Ohnmachten wiederholten sich mitunter bis 12 mal in einer Nacht. Da im Rachen und Kehlkopfe bei dem gesund aussehenden und wohlgenährten Patienten nichts zu sehen ist, so stellt ihn H. zur Diagnose vor. (Es stellte sich nachträglich heraus, dass es sich um Streptothrix in den Mandeln handelt, nach deren Entfernung der Patient völlig genas.)

Nikitin hält den Fall für Ictus laryngis. Er hat nur einen ähnlichen Fall gesehen.

Forestier weist auf ähnliche Erscheinungen bei Tabes hin.

3. Ohrenfall.

Levin (Vortrag): Atypische Trombose des Sinus transversus.

Sitzung vom 7. Mai 1910:

Demonstrationen.

Lewin: Vorstellung eines Ohrenfalles.

P. Hellat berichtet über zwei Todesfälle in Folge der Erkrankungen der oberen Luftwege.

In einem Falle anfänglich Peritonsillitis, bald absolute Unmöglichkeit zu schlucken, wobei Verschlucken und nachträglicher Auswurf von blutgefärbter Flüssigkeit beobachtet wurde, ohne dass im Rachen oder in der Trachea etwas Pathologisches zu sehen war. Die Speiseröhre passirt eine dicke Magensonde.

Im zweiten Falle Erscheinungen acuter Sinusitis front. und Tod in 2 Tagen. Bei der Section wurde hämorrh. Sinusitis und Sclerosis der Coronarartie constatirt.

Sitzung vom 8. October 1910.

Vorsitzender: Okunew.

Kacz: Vorstellung eines Mädchens mit Nasenverunstaltung.

Wiltschew: Vorstellung eines Falles von Larynxerkrankung zur Diagnose.

Gurwitsch (Vortrag): Zur Frage der Arsenobenzolbehandlung von Syphilis der oberen Luftwege. (Der Vortrag ist bereits im Centralbl. referirt.)

Den zu grossen Lobsprüchen und übertriebenen Hoffnungen wird von Rydnik, Jljisch, Goldstein und Hellat objective Kritik entgegengesetzt.

Sitzung vom 29. October 1910.

Vorsitzender: Okunew.

Wiltschew: Vorstellung eines Patienten mit Ulcus epiglottidis und Schwellung der Stimmbänder. Wassermann negativ. Vor 5 Tagen Einspritzung von 606 und jetzt schon eine bedeutende Besserung.

Goldstein: a) Zur Aetiologie der Ozaena und b) Ueber die Wirkung von 606 auf einige Symptome von Syphilis in den oberen Luftwegen.

Nikitin zählt die Ozaena zu den dyskrasischen Krankheiten, die keinen Zusammenhang mit Syphilis hat. Ihm ist nie gelungen, die Krankheit vollständig zu heilen.

Shirmunski hat 1889 zwei Fälle von völliger Heilung beschrieben bei zwei Schwestern von 10 und 9 Jahren. Eine von ihnen ist jetzt selbst Arzt, und bisher völlig geheilt geblieben. Eine Heilung ist auch theoretisch zulässig.

Goldstein: Mittheilungen über syphilitische Infection bei Ozeanakranken giebt es in der Litteratur seines Wissens nur vier, sein Fall der fünfte.

Lewin zweifelt an der Heilbarkeit der Ozaena und in Folge dessen auch an der Diagnose von Shirmunski in seinen Fällen.

Forestier, Olchin, Hellat, Nikitin nehmen das Wort zum 2. Vortrage, wobei auseinandergesetzt wird, dass wir über 606 kein endgültiges Urteil uns erlauben können. Vor Ueberschätzung ist zu warnen.

Sitzung vom 19. November 1910.

Okunew: Ueber die Wirkung von 606 bei Otitis int. syphil.

Litschkus: Cancer pharyngis. Infiltration der Halsdrüsen.

Hellat findet den Fall für inoperabel.

Feldberg hat in einem ähnlichen Falle grossen Nutzen von Röntgenstrahlen gesehen.

Nikitin hat 2 mal in ähnlichen Fällen X-Strahlen ohne jeglichen Nutzen versucht.

Okunew: Der Gegenstand unseres heutigen Collegiums ist Ozaena. Man kann Ozaena in 3 Stadien — leichtes, mittleres and schweres — eintheilen. Ohne innere Behandlung kommt man nicht aus. Jodsalze und Kindern Jodeisen. Salben und Alkalien örtlich. Auch habe ich mit Trichloressigsäure Aetzungen vorgenommen. Resultate gut.

Nikitin: Ich wende ausser Spülungen gereinigtes Kerosin mit Eucalyptol auf Wattetampon an. Von Jodpräparaten nur Eisenverbindungen.

Goldstein sieht in der Methode von Gottstein das bewährteste Mittel.

Nikitin hat von Paraffinbehandlung wenig Nutzen gesehen.

Hellat erklärt wie früher die Resultate der Paraffinbehandlung in der ersten Periode durch Reizung der Schleimhäute und später durch Erleichterung des Ausschnäutzens in Folge der Verengerung der Nasengänge. Ueberhaupt ist die Ozaena keine mathematische Grösse, daher auch keine einheitlichen Resultate bei der Behandlung.

Lewin wiederholt seine Meinung über Unheilbarkeit der Ozaena.

Hellat: Die Gründe Lewin's, als seien Formen mit Atrophie der Conchen und Drüsen eo ipso Beweise für Unheilbarkeit der Ozaena, sind hinfällig. Ozaena ist keine Atrophie. Wir wissen, dass man alle Drüsen und Conchen zerstören kann, ohne Ozaena zu bekommen.

Warum kann man folgerecht nicht annehmen, dass trotz der Atrophie der specifische Process der Ozaena unter dieser oder jener Behandlung erlischt?

Nikitin sah Schwund des Fötor von Antidiphtherieserum.

Woinow: Serumbehandlung hat keine feste theoretische Grundlage, da Bacillen, welche den Löfflerschen sehr ähneln, vielfach gefunden werden. Trotzdem giebt die Serumbehandlung Resultate.

Okunew resumirt die Debatte dahin, dass in schweren Fällen nur palliativ gewirkt werden kann. P. Hellat.



IV. Briefkasten.

Die Wiener laryngologische Gesellschaft hat sich zu einer Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft umgestaltet und namentlich in Betreff der Aufnahme von Mitgliedern eine Reihe wichtiger und einschneidender Statutenänderungen vorgenommen, welche bereits die Genehmigung der Statthalterei erhalten haben. Das Wesentliche dieser Aenderungen besteht darin, dass nunmehr nicht nur in Wien wohnende inländische Aerzte zu ordentlichen Mitgliedern gewählt werden können, sondern dass jeder in den österreichischen Kronländern wohnende Arzt von bewährter wissenschaftlicher Thätigkeit aufgenommen werden kann, und zweitens darin, dass jedes ordentliche Mitglied, welches die österreichischen Kronländer dauernd verlässt, auch weiterhin Mitglied bleiben kann, wenn es auf sein Ansuchen von der ordentlichen Hauptversammlung in die Liste der „auswärtigen Mitglieder" eingereiht wird. Als solches behält es alle Rechte und Pflichten der ordentlichen Mitglieder bei. Hierdurch wird nicht nur den in Wien wohnenden, sondern auch den in anderen Städten der österreichischen Kronländer wohnenden, bekanntlich vielfach sehr tüchtigen Laryngo-Rhinologen, die sich zumeist auch eines ausgezeichneten Rufes erfreuen, Gelegenheit gegeben, an den Sitzungen der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft theilzunehmen, mit den Mitgliedern derselben in intensiveren wissenschaftlichen Verkehr zu treten und durch regeren directen Meinungsaustauch die Laryngo-Rhinologie in erhöhtem Maasse zu fördern.

In Lemberg ist eine polnische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie unter dem Vorsitz von Prof. Jurasz gebildet worden.

Aeussere Anwendung der Localanästhesie bei oto-rhino-laryngologischen Operationen.

Die Herren Luc und Fournier sind mit einem Referat über das obige Thema von der Société française d'Oto-rhino-laryngologie betraut worden und bitten die Collegen um Mittheilung persönlicher Erfahrungen betreffs folgender Fragen:

1. Haben Sie persönliche Erfahrungen über die fragliche Methode?
2. Wie wenden Sie diese an und bei welchen Operationen?
3. Welches sind ihre Vorzüge und Nachtheile?

Antworten sind zu richten an Dr. Luc, Paris (Rue de Varenne 54).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, September. 1911. No. 9.

I. Zum dritten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress.

Berlin, 30. August bis 2. September 1911.

Zum dritten Male vereinigen sich die Laryngologen aller Nationen zu gemeinsamer wissenschaftlicher Arbeit, zum Austausch von Meinungen und Erfahrungen auf einem Specialcongress. Das erste Mal war es in Mailand, wo auf Initiative von Carlo Labus im September 1880 eine Zahl von Jüngern der damals noch wenig anerkannten, aber doch schon mächtig aufblühenden Disciplin sich versammelte. Damals, wie diesmal wieder, stand ein phonetisches Thema als erstes auf der Tagesordnung, die auch sonst fast ausschliesslich Vorträge rein laryngologischen Inhaltes aufwies. Die Rhinologie stand noch völlig im Hintergrund und war nur durch zwei Mittheilungen vertreten, von denen eine „die Behandlung des Schnupfens", die andere die Anwendung der Nasendouchen zum Gegenstande hatte. Sollte doch das Interesse für die Nase, hauptsächlich angefacht durch das Studium der vielen vermeintlich von ihr ausgehenden reflectorischen Erkrankungen erst im folgenden Jahrzehnt zu seiner vollen Entfaltung gelangen. Wenn also auch auf dem Mailander Congress ein grosses und ungemein fruchtbares Gebiet, das wir heute als einen wesentlichen und unveräusserlichen Bestandtheil unserer praktischen und wissenschaftlichen Thätigkeit betrachten, fast völlig unberücksichtigt blieb, wenn auch die ganze Veranstaltung nach aussen hin ein ziemlich bescheidenes Gepräge trug und von 122 eingeschriebenen Mitgliedern nur 43 persönlich zur Stelle waren, so war jener erste Versuch zu einem internationalen Zusammenschluss aller

Laryngologen doch ein gelungener, das wissenschaftliche Ergebniss, wie es in den Verhandlungen vorliegt, reich und höchst beachtenswerth, so dass der Wunsch nach einer Wiederholung derartiger Zusammenkünfte angeregt wurde. So wurde denn beschlossen, zu einem zweiten internationalen Congress zwei Jahre darauf in Paris zusammenzutreffen. Aber das Abschiedswort, das Labus den Mailänder Congresstheilnehmern zugerufen hatte: „Au revoir tous à Paris!“, sollte nicht in Erfüllung gehen. Ein Versuch, die Laryngologen im Weltausstellungsjahr 1889 in Paris zu einem Internationalen Congress zusammenzuberufen, muss als gescheitert betrachtet werden. Es vergingen vielmehr seit der Mailänder Tagung fast 28 Jahre, ehe — im April 1908 — der zweite Internationale Congress zu Stande kam. Mit ihm war die Feier des Gedächtnisses für Türck und Czermak verknüpft, die ein halbes Jahrhundert zuvor den Grund zur klinischen Laryngologie gelegt und durch ihre propagatorische Thätigkeit für die Ausbreitung der neuen Wissenschaft gesorgt hatten, und so ergab es sich von selbst, dass die Stadt, in der die Wiege unserer Disciplin gestanden, die alte Kaiserstadt Wien, Sitz dieses Congresses wurde. Leopold von Schrötter, der letzte klassische Repräsentant aus den Anfangszeiten der Wiener Laryngologie, führte den Vorsitz; aber ein tragisches Geschick wollte, dass es ihm nicht vergönnt war, die Verhandlungen, die er mit schwungvollen Worten eröffnet hatte, auch zu schliessen: Ein jäher Tod raffte ihn in der Nacht zum zweiten Congresstage dahin.

Ein Vergleich zwischen dem Mailänder und dem Wiener Congress führt den gewaltigen Aufschwung, den die Laryngologie in der Zwischenzeit genommen, eindringlich genug vor Augen. Die Rhinologie hatte sich zu einer der Laryngologie gleichwerthigen und durch tausend Fäden mit ihr verknüpften Schwesterwissenschaft entfaltet, fast die Hälfte aller Vorträge auf dem Wiener Congress war rhinologischen Inhaltes und auch äusserlich kam die inzwischen vollzogene Wandlung durch die Bezeichnung „Laryngo-Rhinologencongress“ zum Ausdruck. Fast zehnmal so gross war die Zahl der Theilnehmer, glänzend und der inzwischen in schweren Kämpfen mühsam errungenen socialen Stellung der Laryngologie entsprechend der äussere Rahmen des Congresses; der stattliche Band der Verhandlungen bildet in der Reichhaltigkeit und Mannigfaltigkeit seines Inhaltes ein dauerndes Denkmal für die in den Wiener Congresstagen geleistete ernste Arbeit und legt ein beredtes und glänzendes Zeugniss ab für den mächtigen Aufstieg, den unsere Disciplin seit der Mailänder Versammlung genommen.

Wenn nun zum dritten Male die Laryngologen aus aller Herren Länder sich zu einer wissenschaftlichen Heerschau zusammenfinden, als deren Schauplatz diesmal die Hauptstadt des Landes gewählt ist, in dem unser Fach von Anfang an eine verständnissvolle und begeisterte Pflege und auch verhältnissmässig früh öffentliche Anerkennung und Förderung fand, so geschieht es unter den günstigsten Auspicien. Bernhard Fränkel, der Altmeister der deutschen Laryngologen, hat sich nicht gescheut, die Mühen des Präsidiums auf sich zu nehmen. Die Organisation und Leitung dieses Congresses soll den Schlussstein seiner verdienstvollen öffentlichen Thätigkeit im Dienste der Laryngologie bilden. Wenn er jetzt aus dieser an Erfolg und Ehren, aber auch an Mühen und Kämpfen reichen Thätigkeit scheidet, so kann er es mit dem beruhigenden Bewusstsein thun, sein Haus gut bestellt zu haben und es in der Obhut eines würdigen Nachfolgers zu wissen. Dass — nicht zum wenigsten dank Fränkel's aufopfernden Bemühungen — die eben noch dem Berliner Lehrstuhl für Laryngologie drohende Gefahr glücklich abgewendet ist und die auf Erhaltung der Selbstständigkeit unseres Faches zielenden Bestrebungen zum Siege gelangt sind, mag als glückliche Vorbedeutung für den Congress gelten. Alles berechtigt zu der Zuversicht, dass diesem ein gutes Gelingen beschieden sein wird: Die Zahl der Theilnehmer aus allen Ländern verspricht der des Wiener Congresses zum mindesten nicht nachzustehen; die Fülle der angemeldeten Vorträge ergiebt ein Programm von solcher Reichhaltigkeit, dass nur die Sorge besteht, wie es möglich sein wird, es in der zur Verfügung stehenden Zeit zu bewältigen, und auch die geplante Ausstellung scheint ihrer Aufgabe, ein anschauliches Bild von der Entwicklung wichtiger Zweige unseres Faches zu geben, in vollem Umfang gerecht werden zu sollen. Das Berliner Executivcomité wird sein Bestreben darin setzen, den Fachgenossen den Aufenthalt in der Reichshauptstadt möglichst angenehm zu gestalten und den persönlichen Zusammenschluss unter ihnen zu fördern.

So darf dann die Hoffnung gehegt werden, dass über dem dritten Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse ein freundlicher Stern walten, er in seinem ganzen Verlauf und seinen Ergebnissen allen Wünschen und Erwartungen entsprechen und zur Förderung unserer Wissenschaft, zur Hebung ihres Ansehens beitragen möge.

Quod felix faustumque sit!

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Castaneda** (San Sebastian). **Diagnose und Behandlung der primären Oedeme des Pharynx und Larynx. (Tratamiento y diagnostico de los edemas primitivos de la faringe y de la laringe.)** *Revista espanola de laringologia. Januar-Februar 1911.*

Sehr interessante zusammenfassende Studie. TAPIA.

2) **W. H. Haskin. Demonstration der Anwendung eines Vacuumreinigers für chirurgische Operationen. (Demonstration of an adaptation of vacuum cleaning to surgical operation.)** *The Laryngoscope. November 1910.*

Verf. verwendet z.B. die Vacuumreinigung zur Entleerung der Mandelbuchten und zur Reinigung der hinteren Pharynxwand von fest anhaftendem Secret u. s. w.

EMIL MAYER.

3) **M. Metzenbaum. Allgemeine Narkose bei Operationen in der Rachengegend und am Halse. (General anesthesia in operations in the pharyngeal region and about the neck.)** *The Laryngoscope. Januar 1911.*

Verf. giebt vor der Narkose Scopolamin entweder subcutan oder innerlich; er rühmt die Vorzüge bei Operationen an Schilddrüse, Larynx und Pharynx.

EMIL MAYER.

4) **C. A. Elsberg. Anästhesie durch intratracheale Insufflation von Luft und Aether. (Anesthesia by the intratracheal insufflation of air and ether.)** *Annals of Surgery. Februar 1911.*

Verf. beschreibt die Methode, die er besonders auch bei Operationen am Hals und Gesicht für sehr werthvoll befunden hat. EMIL MAYER.

5) **Clinton C. Collier. Ein einfacher und wirksamer Apparat zur Anwendung von Aether- und Chloroformdämpfen. (A simple and effective apparatus for the administration of ether and chloroform vapor.)** *The Laryngoscope. December 1911.*

Der Apparat besteht aus drei Theilen: Der mit dem Fuss zu tretenden Luftpumpe; dem Behälter für Aether und Chloroform; den Ansätzen für Mund und Nase. Der Behälter enthält 150 ccm; in demselben befinden sich erstens ein Atomizer mit einer Oeffnung am Boden, in welche die Zuleitung von der Luftpumpe führt. Dieser Atomizer treibt den Spray in einen engeren Behälter, den Vaporizer, von dort geht er in einen noch engeren Behälter, wo die letzten Reste unverdampfter Flüssigkeit gerückgehalten werden. EMIL MAYER.

6) **H. K. Offerhaus** (Groningen). **Schmerzlose Operationen im Gebiete des Gesichtsschädels und Mundes unter Leitungsanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 33. 1910.*

Verf. zeigt, dass es möglich ist, Leitungsanästhesirung beim 2. und 3. Ast des Trigeminus durch Injection der anästhesirenden Flüssigkeit (Cocain- oder

Novocainsuprareninlösung) in die Gegend des Foramen rotundum oder des Foramen ovale hervorzurufen. Er giebt über die Tiefe und die Richtung der Injectionscanüle genaue Anweisungen, bei deren Befolgung auch der Ungeübte ohne Weiteres zum Ziele gelangen kann, und berichtet über 11 Krankheitsfälle, unter denen eingreifende Operationen bei 8 schmerzlos ausgeführt werden konnten. 3 mussten nachträglich narkotisirt werden, weil entweder der betreffende Nerv verlagert und deshalb nicht getroffen war oder weil die psychische Erregung zu gross war.

ZARNIKO.

7) **R. Werner** und **A. Caan** (Heidelberg). **Elektro- und Radiochirurgie im Dienste der Behandlung maligner Tumoren.** *Mit 19 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1911.*

Die aus dem Czerny'schen Samariterhaus stammende Arbeit enthält neben anderen auch den Bericht über erfolgreich behandelte Fälle von Kehlkopfepithelcarcinom, Lupuscarcinom des Gaumens und der Oberlippe, Lupuscarcinom der Nase, sowie Carcinom der Orbitalhöhle mit Uebergreifen auf den Oberkiefer. Nach eingehender Besprechung des Instrumentariums, der Technik und Wahl der Methode kommen Autoren zu folgenden Schlusssätzen:

1. „Operable Geschwülste, die nicht intracraniell, intrathoracal oder intraperitoneal liegen, sind am besten mit der de Forest'schen Nadel zu exstirpiren, um die Ausstreuungsgefahr herabzusetzen und die Umgebung des Erkrankungsherdes durch offene Wundbehandlung einer längeren Röntgennachcur zugänglich zugänglich machen. In vereinzelten Fällen hat sich auch die Fulguration als vortheilhaft erwiesen.

2. Local inoperable Krebse sind, sobald sie ulceriren, mit der der Forestschen Nadel abzutragen, eventuell zu thermopenetriren, wenn die Nähe grosser Gefässe dies nicht verbietet. In letzterem Fall ist die Excochleation und Fulguration das ungefährlichere Verfahren.

3. Wegen Metastasen inoperable Geschwülste sind, wenn sie zerfallen oder dem Zwecke activer Immunisirung dienen sollen, wie die radical operablen zu behandeln."

HECHT.

8) **R. Kafemann** (Königsberg i. Pr.). **Ueber eine wichtige Verwendungsmöglichkeit der Elektrolyse in den oberen Luftwegen im Anschluss an einen geheilten Fall von Epithelcarcinom der Basis cranii.** *Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 26. 1910.*

Ein sehr weit vorgeschrittenes Epithelcarcinom bei einem 38jährigen Manne mit zahlreichen Drüsenmetastasen auf beiden Seiten des Halses recidivirte drei Monate nach der in der Königsberger chirurgischen Universitätsklinik ausgeführten Operation derart, dass eine erneute chirurgische Operation aussichtslos erschien. Die elektrolytische Behandlung (24 Sitzungen von 10—15 Minuten, 20—25 Milliampères) verbunden mit chirurgischer Excision der Drüsenmetastasen führte zu anscheinend dauernder Heilung. — Verf. erwähnt im Anschluss an diesen einige andere Fälle, in denen maligne Tumoren (Sarkome der Tonsille) auf wunderbare Weise (durch eine Mixtur eines Kurpfuschers, durch Anwendung von Röntgen-

strahlen) zur Heilung kamen, und ergeht sich zum Schluss in Speculationen über die Einwirkung der Elektrolyse auf maligne Tumoren. ZARNIKO.

9) **J. Safranek** (Budapest). **Der jetzigo Stand der Inhalationstherapie.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 21—22. 1911.*

Die Inhalationstherapie ist ein werthvolles locales Behandlungsmittel bei Erkrankungen der Luftwege und leistet besonders durch günstige Beeinflussung einzelner Symptome als Adjuvans sehr gute Dienste. POLYAK.

10) **Lasagna** und **Bocchia. Boitrag zum Studium der bakteriologischen Verhältnisse in den Räumen für Jodsalzinhalation. (Contributo allo studio dolle condizioni batteriologiche delle sale di polverizzazione con acqua salsoiodica.)** *Arch. Ital. di Otologia. März 1911.*

Die Untersuchungen wurden im Inhalationssaal des Badeetablissements von Salsomaggiore angestellt; die Verneblung des Wassers geschieht mittels Adamyscher Apparate; die Tröpfchen messen 10—20 μ, wie die Untersuchungen ergaben. Die Zahl der Mikroorganismen war, auch bei Anwesenheit von Kranken nur sehr wenig erhöht. Niemals fanden sich pathogene Mikroorganismen, wie Tuberkelbacillen, Staphylokokken und Streptokokken. Es ergab sich ferner, dass das Jodwasser keine bactericide, sondern nur eine entwickelungshemmende Wirkung hatte, was Verf. dem Jodgehalt zuschreibt.

Es muss dem Raum eine möglichst reine Luft zugeführt werden; liegt er nicht hoch, so muss die Luft aus der Höhe aspirirt und filtrirt werden.

CALAMIDA.

11) **Kowarski. Somnoform als Schlafmittel in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Somnoform kok usyplyajuschtscheje wedstwo w oto-rino-laringologii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 289. 1911.*

K. empfiehlt das Mittel nach der Erfahrung von 42 Narkosen. Die Patienten schlafen ein in 15—20 Secunden und schlafen ruhig 1—2 Minuten. P. HELLAT.

12) **Kafemann** (Königsberg). **Das Pantopon in der Rhino-Laryngo-Otologie.** *Med. Klinik. 26. 1911.*

Empfehlung des Pantopons zur örtlichen Anwendung behufs Unterstützung operativer Eingriffe, Behandlung von entzündlichen Vorgängen und bei nervösen Krankheitszuständen. SEIFERT.

13) **A. Bo. Das Vioform in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis. (Il Vioformio nella pratica otorinolaringoiatrica.)** *Corriere Sanitario. September 1910.*

Die Vorzüge des Vioforms bestehen darin, dass es nicht toxisch ist, nicht reizt, geruchlos ist und ein gutes Desodorans und vorzügliches Antisepticum darstellt. CALAMIDA.

14) **L. W. Strong. Die Zubereitung und Anwendung von Thrombo-Kinase. (The preparation and use of thrombo-kinase.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Bezugnehmend auf die durch Weil festgestellte Thatsache, dass Serum local

blutstillende Wirkung hat, hat Verf. die Methode Batalli's ausgearbeitet und ein Präparat hergestellt, das er Thrombokinase nennt. Schaflungen werden mit destillirtem Wasser oder Salzlösung extrahirt, dann das Extract mit einer sehr schwachen Essigsäurelösung ausgefällt, das Präcipitat centrifugirt und Alkohol und Thymol hinzugesetzt.

Die Dauer der Coagulation von Kaninchenblut wurde von 3—5 Minuten auf 45 Secunden reducirt.

Verf. hofft, dass das Präparat bei Blutungen sich nützlich erweisen werde.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **L. Freund** (Prag). **Zur Morphologie des Nasenknorpels.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 4. S. 414. 1911.*

Das Knorpelgerüst der Nase ist in der Klasse der Säugethiere nur beim Menschen und bei den Hausthieren eingehend studirt worden. Freund (Thierärztliches Institut der deutschen Universität Prag) giebt nun einen weiteren Beitrag zu diesem Thema, indem er die knorpelige Nasenkapsel eines 4 Jahre alten Löwen und eines 2 Jahre alten Eisbären beschreibt. 14 Zeichnungen.

OPPIKOFER.

16) **J. Hirano. Ein Fall von Zahn in der Nasenhöhle.** *Japan. Zeitschr. für Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XV. Heft 1. 1909.*

Bei einer 48jährigen Frau ohne subjective Nasenbeschwerden fand man bei der Rhinoskopie einen weissen knochenartigen Vorsprung in der rechten Nasenhöhle dicht hinter der Nasenschwelle. Extraction mit der Nasenzange. Die Form des extrahirten Zahns ist einem Eckzahn ähnlich. Keine Abnormität in Form und Zahl der Zähne.

INO KUBO.

17) **H. Ozaki. Ein inversirter Zahn in der Nasenhöhle.** *Japan. Zeitschr. für Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XV. Heft 1. 1909.*

Bei einem 20jährigen Scheider fand O. einen invertirten Zahn in der linken Nasenhöhle, welcher aus dem unteren Nasengang in Form eines Eckzahns gegen das Septum wuchs. Die Zahl der Zähne normal.

INO KUBO.

18) **Orleanski. Fall von überzähligem Zahn in der Nasenhöhle. (Slutschai dobawotschnawo suba w polosti nosa.)** *Jeshemesjatschnik. p. 289. 1911.*

Casuistische Mittheilungen.

P. HELLAT.

19) **K. Láng** (Budapest). **Operirter Fall einer durch invertirten Zahn verursachten Kieferhöhleneiterung.** *Orvosi Hetilap. No. 8. 1911.*

Der invertirte Molarzahn lag frei auf dem Boden der mit stinkendem Eiter angefüllten rechten Kieferhöhle.

POLYAK

20) **Cobos** (Sevilla). **Ein seltener Fall von Rhinolith. (Un caso raro de rinelito.)** *Revista médica de Sevilla. November 1909.*

11 jähriges Kind. Der Kern des Steines bestand aus einem Stückchen Pinien-nussschale, auf welcher sich Kalksalze abgelagert hatten. Extraction. Heilung.

TAPIA.

21) **Tapia** (Madrid). **Fremdkörper in der Augenbrauengegend, eine Stirnhöhlenentzündung vortäuschend. (Cuerpo extrano de la region superciliar simulando una sinusitis frontal.)** *Revista ibero-americano de ciencias medicas. Februar 1910.*

Ein junger Mann erlitt einen Sturz auf die Stirn, als er auf einen mit Korn beladenen Karren steigen wollte; die Wunde heilte vollkommen; nach 5—6 Monaten jedoch entstand in der Gegend der rechten Stirnhöhle eine sehr schmerzhafte Anschwellung, die an ein Stirnhöhlenempyem denken liess. Bei der Incision fand man ein Getreidekorn.

AUTOREFERAT.

22) **W. W. Carter. Practische Stirnhöhlenoperation; Heilung ohne Entstellung. (Practical operation for frontal sinusitis. Recovery without deformity.)** *The Laryngoscope. April 1911.*

Verf. macht eine kleine Oeffnung in der vorderen Stirnhöhlenwand, kratzt von dieser Oeffnung aus mittelst kleiner Curetten die ganze erkrankte Schleimhaut aus, erweitert den Ductus naso-frontalis, tamponirt die Höhle mit Jodoformgaze und führt einen Streifen durch die Nase und vernäht die Incision.

EMIL MAYER.

23) **Priem. Doppelseitige Stirnhöhlenentzündung. Sehr grosse Stirnhöhlen. Verschiebung der Sinusscheidewand. Durchbruch der linksseitigen Stirnhöhleneiterung in Höhe des rechten Stirnhöckers. Operation. Heilung. (Sinusite frontale chronique bilatérale. Vastes Sinus. Déviation de la cloison et extériorisation de la sinusite frontale gauche au niveau de la bosse frontale droite. Sinusectomie. Guérison.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. April 1911.*

Interessant ist der Ausbruch der Krankheit. Der Patient, ein Soldat, wird nach einer gut überstandenen Rippenfell- und Lungenentzündung in seine Heimath beurlaubt. Kaum dort angekommen, wird er von einem Erysipel befallen, in dessen Verlauf es zu einer Osteo-Periostitis in der Stirnhöhlengegend kommt. Nach Ablauf dieser neuen Erkrankung bleibt eine Fistel in der Stirnhöhlengegend zurück und diese bedingt die Eröffnung der Stirnhöhle. Es ist fraglich, ob Patient vor seiner Erkrankung an einer Stirnhöhlenentzündung litt.

LAUTMANN.

24) **Halle** (Charlottenburg). **Die intranasale Eröffnung und Behandlung der chronisch kranken Stirnhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Verf. empfiehlt seine intranasale Operation für die uncomplicirten chronischen Fälle, während er für diejenigen, bei denen unter Umständen das Leben vom schnellen Eingriff abhängt, nur die extranasalen Methoden anerkennt. Die Operation besteht in der Fortnahme des Bodens der Stirnhöhle mit der elektrisch

getriebenen Fraise. Zur Vermeidung des Durchbohrens der Tabula interna dient ein Schützer. Verf. hat im Ganzen 19 Patienten nach seiner Methode operirt, im Allgemeinen mit gutem Erfolge. Eine seiner Patientinnen, die nicht geheilt wurde, konnte auch durch externe Operationen nicht geheilt werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

25) **L Vacher. Endonasale Behandlung der chronischen Stirnhöhlenempyeme. (Traitement des sinusites frontales chroniques par voie endonasale: technique et instrumentation personnelles.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. April 1911.*

Diesen Aufsatz hat Vacher schon vor einigen Jahren geschrieben. Beim Neuabdruck scheint der Theil, der sich auf die neuen Instrumente bezieht, nicht mitgedruckt zu sein. Was die Technik anlangt, so ist der Artikel mit aller wünschenswerthen Deutlichkeit geschrieben für den, der die betreffende anatomische Region gut in Erinnerung hat. Es muss betont werden, dass Vacher schon seit Jahren immer wieder auf die Empfehlung der endonasalen Operation der Stirnhöhleneiterung zu sprechen kommt und für die Vulgarisation der Methode durch persönliche Demonstrationen sich viel Mühe giebt.

LAUTMANN.

26) **Sieur** und **Rouvillois. Die Punction der Stirnhöhle. Eine anatomische Studie. (Étude anatomique sur la ponction du sinus frontal.)** *Revue hebd. de laryngologie. No. 9. 1911.*

In letzter Zeit mehren sich wieder die Vertheidiger der intranasalen Eröffnung der Stirnhöhle. Vacher hat sogar ein sehr sinnreiches Instrumentarium angegeben, mit dem die Eröffnung und Reinigung der Stirnhöhle sehr leicht vor sich gehen soll. Nun sind aber die missglückten Versuche der früheren Rhinonologen noch in aller Gedächtniss, und so ist es erklärlich, dass Sieur und Rouvillois sich fragten, ob diese unglücklichen Zufälle nicht eher ungenügenden anatomischen Kenntnissen der Region entsprechen. Sie haben deshalb die Versuche am Leichenschädel aufgenommen und gefunden, dass es thatsächlich immer gelingt, 21 mal unter 21 Versuchen, in den Sinus frontalis einzudringen, wenn man sich an die von ihnen des genaueren bestimmte Situation des Bodens der Stirnhöhle erinnert. Diese Beschreibung bildet nun den Hauptinhalt des Artikels und können wir begreiflicherweise nur auf sie hindeuten, ohne den Versuch zu machen, sie zu analysiren. Persönlich glauben wir, dass das Verdammungsurtheil, das die intranasale Eröffnung der Stirnhöhle getroffen hat, kaum geändert werden wird.

LAUTMANN.

27) **Llavre** (Valencia). **Chirurgische Behandlung der Stirnhöhle. (Tratamiento quirurgico de la sinusitis frontal.)** *Thèse du doctorat. Madrid 1910.*

Sehr vollständige Studie über den Gegenstand.

TAPIA.

28) **John Mc Coy. Bericht über zwei Fälle von Hirnabscess des Stirnlappens nach Siebbein- und Stirnhöhlenempyem. (Report of two cases of brain abscess in the frontal lobe, secondary to othmoiditis and frontal sinusitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Januar 1910.*

Eine epikritische Betrachtung der beiden Fälle veranlasst den Verf. zu der

Annahme, dass die Infection erfolgte durch Nekrose und Zerstörung der Lamina cribrosa mit Bildung eines Epiduralabscesses und von dort aus auf dem Blutwege zur Entstehung eines Stirnlappenabscesses führte. Der eine Fall, in dem der Abscess auf den Seitenventrikel überging, verlief schnell tödtlich, der andere kam zu einem günstigen Ausgang; letzterer wurde dadurch bewirkt, dass Verf. eine Gegenöffnung in der Temporalregion anlegte. EMIL MAYER.

29) **Alfred Wiener. Abscess im Stirnlappen des Gehirns nach chronischem Stirnhöhlenempyem. (Abscess in the frontal lobe of the brain after chronic frontal sinusitis.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1910.*

Patient war wegen Empyems der Stirnhöhle radical operirt worden; es bestanden aber noch Kopfschmerzen, Vergesslichkeit und Reizbarkeit, nach einiger Zeit traten auch Krämpfe auf. Bei der Operation fand sich ein Stirnhöhlenabscess, der geöffnet wurde. Vollständige Heilung. EMIL MAYER.

30) **E. Baumgarten** (Budapest). **Sehstörungen durch Affectionen der Nase bedingt.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Heft 6. S. 633. 1911.*

B. hat kürzlich, ebenfalls in der Monatsschr. f. Ohrenheilkde, H. 6, Fälle von Sehstörung mitgetheilt, die durch Nasenoperation günstig beeinflusst wurden. Diesen 6 Fällen reiht er nun 4 weitere ähnliche Beobachtungen an (je einen Fall von Papillitis chronica und Neuritis retrobulbaris, 2 Fälle von Neuritis acuta). In den drei ersten Fällen waren die Veränderungen in der Nase recht geringgradig; beim 4. Patienten bestand eine acute Siebbeinzelleneiterung.

Nach den Erfahrungen des Verf.'s handelt es sich in diesen Fällen oft um eine grosse Bulla ethmoidalis oder eine abnorm grosse mittlere Muschel, die dann zu entfernen sind. Ist der Befund in der Nasenhöhle negativ, so eröffnet B. das Siebbein und bei negativem Befunde des Siebbeins die Keilbeinhöhle.

OPPIKOFER.

31) **E. Baumgarten** (Budapest). **Sehstörungen infolge von Nasenkrankheiten.** *Budapesti orvosi ujsag. 1910. Beilage Gégészet. No. 1.*

Mittheilung von 4 Fällen, von welchen die Fälle 1 und 3 schon in Gesellschaftsberichten publicirt sind. Im Falle 2 Erblindung rechts in 24 Stunden. Nasenbefund: Etwas vorstehendes hinteres Ende der mittleren Muschel; dieses wird entfernt, die Keilbeinhöhle eröffnet und ohne Secret befunden. Wesentliche Besserung des Sehvermögens am 3. Tage. Im Falle 4 Abnahme des Sehvermögens rechts seit 2 Monaten; seit 8 Tagen heftige Kopfschmerzen, Papillitis oculi dextri. Aus der rechten Nase wird eine haselnussgrosse Knochenblase entfernt; rapide Besserung des Sehvermögens, der Kopfschmerz schwand am nächsten Tage. (Die Fälle scheinen mit den in der Monatsschr. f. Ohrenheilkde. identisch. Red.)

POLYAK.

32) **E. Baumgarten** (Budapest). **Durch Nasenoperation geheilter Fall von Erblindung.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1911.*

Ethmoiditis purulenta, vielleicht auch Stirnhöhleneiterung. Besserung schon während der Cocainisirung. Resection der mittleren Muschel, Ausräumung des Siebbeins. Rapide Besserung bis zur vollständigen Heilung. POLYAK

33) **H. Marx** (Heidelberg). **Ueber eine seltene rhinologische Ursache von Epiphora.** *Archiv f. Ophthalmologie. Bd. 74. 1910.*

In beiden Fällen war das Augenthränen durch eine Zahncyste erzeugt, die den Nasenboden emporwölbte und den Ausmündungsgang des Thränennasencanals völlig verlegte. Durch Operation Entfernung der Cysten. Heilung des Thränenträufelns. Illustration durch Röntgenbild. WILH. SOBERNHEIM.

34) **J. Strond Horsford. Einige Punkte in der Diagnose der Orbitalkrankheiten. (Some points in the diagnosis of orbital disease.)** *Lancet. 21. Januar 1911.*

Verf. betrachtet Nebenhöhleneiterungen und Mundfäule als häufigste Ursachen der Orbitalcellulitis. Es wird ein Fall von Orbitalphlegmone mit Ausgang in Thrombose des Sinus cavernosus und Meningitis beschrieben als Folge einer Oberkieferhöhleneiterung bei einem 6 Wochen alten Kinde. A. J. WRIGHT.

35) **Adolf Gutmann** (Berlin). **Augensymptome bei Erkrankungen der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1910.*

Casuistik. Zwei Fälle von Orbitalphlegmone nach perforirtem Stirnhöhlenempyem. Ein Fall von Orbitalphlegmone bei Mucocele der Stirnhöhle mit secundärem Empyem. Ein Fall, bei dem nach doppelseitiger Jansen'scher Stirnhöhlenoperation Schiefstellung des Oberlides mit Schiefstellung und schlitzförmiger Verziehung der Lidspalte erfolgte. 5 Fälle, in denen nach der Killian'schen Stirnhöhlenoperation Trochlearislähmung, 4mal dauernd, zurückblieben, 1mal auch Ptosis. 2 Fälle, in denen Orbitalphlegmonen nach rhinologischer Behandlung der sie verursachenden Siebbeinentzündungen zurückgingen. Endlich 4 Fälle von Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeilhöhlen mit consecutiver Opticusneuritis.

(Schrecklich ist schon das in der rhinologischen Literatur hier und da auftretende Wort „Sinusitis"; noch schrecklicher aber das vom Verf. der vorliegenden Arbeit erdachte Wort „Sinuisitis"! Wenn das so weiter geht, müssen wir auf alles gefasst sein!) ZARNIKO.

36) **H. Marx** (Heidelberg). **Osteome der Nasennebenhöhlen mit seltenen Complicationen am Auge.** *Archiv f. Ophthalmologie. Bd. 74. 1910.*

Verf. beschreibt 3 Fälle, Osteom des vorderen Siebbeins, Osteom der Stirnhöhle und Osteom der Keilbeinhöhle, deren Operation in allen Fällen zur Heilung führte.

Das Osteom der Stirnhöhle, das durch Röntgenaufnahme sicher diagnosticirt werden konnte, hatte ein Emphysem der Conjunctiva hervorgerufen, ein bisher noch nicht beobachtetes Vorkommniss.

Das Osteom des Keilbeins, das sich durch besondere Grösse auszeichnete, hatte stark entzündliche Erscheinungen hervorgerufen, die das Bild einer Orbitalphlegmone hervorriefen. Dieses Vorkommniss ist so selten — gerade das Fehlen von Entzündungserscheinungen von Seiten der Orbita galt bisher als typisch für Nebenhöhlenosteome —, dass eine Diagnose vor der Operation nicht gestellt werden konnte. WILH. SOBERNHEIM.

37) **Otto Schenier. Affectionen des N. opticus infolge Ethmoiditis. (Optic nerve affections due to ethmoiditis.)** *American Medicine. August 1910.*

Verf. berichtet über zwei Fälle; er erklärt die Opticuserkrankung als Folge einer Wirkung der durch die eitrige Entzündung producirten Toxine.

EMIL MAYER.

38) **Hirsch. Augenaffectionen bei Hydrops der Nebenhöhlen der Nase.** (Verein deutscher Aerzte in Prag.) *Prager med. Wochenschr. No. 50. 1910.*

Im erstvorgestellten Falle handelte es sich um einen 58jährigen Patienten mit Hydrops des Antrum Highmori, des Sinus frontalis und ethmoidalis der linken Seite und des Sinus frontalis der rechten Seite. Beiderseitige Sehnervenatrophie.

Im zweiten Falle bestand ein Hydrops der linken Stirnhöhle mit Verdrängung des Bulbus.

Die Diagnose Hydrops wurde auf Grund der Punctionsergebnisse gestellt.

HANSZEL.

39) **R. Fullerton. Mucocele der Nasennebenhöhlen und deren Complication mit Neuritis optica. (Mucocele of the nasal sinus and its complication by optic neuritis.)** *British Medical Journal. 16. April 1910.*

Bericht über drei Fälle. Im ersten Fall wurde Neuritis optica und Proptosis geheilt durch Drainage einer grossen Mucocele in der rechten Ethmoidalregion, die zu keiner Schwellung nach aussen geführt hatte.

Im zweiten Falle bestand gleichfalls eine Mucocele der rechten Ethmoidalregion, jedoch ohne Augensymptome.

Im dritten Falle waren Proptosis und Epiphora die Folge einer linksseitigen Mucocele des Stirn- und Siebbeins.

A. J. WRIGHT.

40) **J. van der Hoeve** (Utrecht). **Vergrösserung des blinden Fleckes, ein Frühsymptom für die Erkennung der Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase.** *Archiv f. Augenheilkunde. Bd. 67. 1910.*

Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Wenn bei Nasenerkrankung Zweifel besteht, ob die hinteren Nebenhöhlen erkrankt sind, ist es nothwendig, dem Skotom des blinden Fleckes für Weiss und Farben nachzugehen.

2. Vergrösserung des blinden Fleckes für Weiss und Farben bei Nasenerkrankung zeigt mit grosser Wahrscheinlichkeit Erkrankung der hinteren Nasennebenhöhlen an und rechtfertigt Operation zur Behandlung dieser Erkrankung, wenn keine anderen Ursachen für das Auftreten des peripapillären Skotoms vorliegen.

3. Frühzeitige Behandlung der hinteren Nasennebenhöhlenerkrankung kann die dadurch entstandene Sehnervenerkrankung zur Heilung bringen.

WILH. SOBERNHEIM.

41) **V. Grönholm** (Helsingfors). **Durch hinteres Ethmoidalzellen- und Keilbeinhöhlenempyem bedingte Chiasma-Affection mit Möglichkeit, den Sitz der Läsion innerhalb des Chiasma zu bestimmen.** *Zeitschr. f. Augenheilkunde. Bd. 24. 1910.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles mit Gesichtsfeldabbildungen.

WILH. SOBERNHEIM.

42) **A. de Kleijn** (Utrecht). **Beitrag zur Kenntniss der Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase.** *Archiv f. Ophthalmologie. Bd. 75. 1910.*

An einer Reihe von Krankengeschichten bestätigt Verf. die Angaben van der Hoeve's, dass Affectionen des Keilbeins und der hinteren Siebbeinzellen eine Neuritis axialis unter Vergrösserung des blindes Fleckes hervorrufen können, während Erkrankung der vorderen Nebenhöhlen nur ausnahmsweise zur Neuritis axialis führt.

Bei Opticuserkrankung und Netzhautablösung mit unbekannter Ursache ist Operation der Nebenhöhlen auch bei fehlendem pathologischen Befund in der Nase gerechtfertigt. Auch bei Ozaena liegt die Möglichkeit der Opticuserkrankung vor und sollte die Untersuchung des Sehnerven stets vorgenommen werden. Doppelseitige Papillitis spricht keineswegs gegen ursächlichen Zusammenhang mit Nebenhöhleneiterung.

WILH. SOBERNHEIM.

43) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Nasennebenhöhlenerkrankung und Neuritis optica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Verf. beschreibt die ausserordentlich seltene Complication reiner Siebbeinerkrankung mit Neuritis optica retrobulbaris ohne Mitbetheiligung des Keilbeins. Er nimmt als Ursache directe Einwirkung des durch Granulationsbildung aufgetriebenen Siebbeins auf den Opticus an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

44) **C. F. Wallis. Das Gesichtsfeld bei Keilbein- und Siebbeinempyem. (The visual fields in sphenoidal and ethmoidal sinusitis.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. Mai 1911.*

In einer Beobachtungsserie von 11 Fällen von Empyem der Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen fanden sich bei allen Veränderungen des Gesichtsfeldes. In allen Fällen bestand eine periphere Einengung, während in vielen auch ein centrales Skotom beobachtet wurde. Umschriebene Schwellung der Papilla optica fand sich in vier Fällen. In chronischen Fällen war eine temporale Gesichtsfeldeinengung constatirt, während in acuten Fällen ein centrales Skotom den häufigsten Defect darstellte.

Eine auf die Nebenhöhlen gerichtete Behandlung brachte eine sehr viel erheblichere Besserung bei den acuten, als den chronischen Fällen.

A. J. WRIGHT.

45) **A. Morgan Mac Whinnie. Das Gesichtsfeld bei Nebenhöhlenerkrankung. (Visual fields in accessory sinus disease.)** *N. Y. Medical Journal. 13. August 1910.*

Auf Grund von 5 Fällen von Keilbeinempyem, die er untersucht hat, kommt Verf. zu dem Resultat, dass gewöhnlich die centrale Sehschärfe herabgesetzt ist. Relative Skotome für Roth oder Weiss sind stets vorhanden, ohne Rücksicht darauf, ob der blinde Fleck vergrössert ist oder nicht. Einengung des Gesichtsfeldes besteht stets für Roth, kann auch für Weiss vorhanden sein. Die Skotome verschwinden, noch bevor das Gesichtsfeld sich nach operativen Eingriffen erweitert.

EMIL MAYER.

46) **De-Sens. Apparat zur Anwendung von trockener heisser Luft in der Nase. (Apparat dlja primenen. suchowa gorjatsch. wosducha w nosa.)** *Jeshemesjatschnik. p. 131. 1911.*

Der Heissluftapparat des Autors dient zur Behandlung des acuten Schnupfens.

P. HELLAT.

47) **A. Heermann** (Kassel). **Ein neues Instrument für Nasenmassage.** *Deutsche med. Wochenschr No. 27. 1910.*

Glasstab, vorn auf 4 cm abgeplattet. Diesen, wie Verf. empfiehlt, zu Aetzungen mit flüchtiger Trichloressigsäure zu verwenden, davon glaubt Ref. dringend abrathen zu müssen.

ZARNIKO.

48) **W. Lange** (Greifswald). **Fibrom des Nasenrachenraums.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. S. 780. 1910.*

Vulgärer Fall ohne besonderes Interesse.

ZARNIKO.

49) **Gontier de la Roche** (Toulon). **Fibrom des Nasenrachens. (Fibrome nasopharyngien.)** *Société de médecine du Ver. Februar 1911.*

16jähriger Knabe. Enormes Fibrom, das gleichzeitig den Nasenrachen und die linke Nasenhälfte bis zum Nasenloch ausfüllte und Fortsätze in die linke Kieferhöhle sandte, das Siebbein verdrängte und in den Canalis frontalis hineingewachsen war. Das Septum war nach rechts gedrängt, die Nasenathmung war aufgehoben. Blutungen waren nur in sehr geringem Grade vorhanden.

Operation auf nasalem Wege (Incision nach Moure). Sehr geringe Blutung; schwierige Extraction. Der Tumor inserirte gleichzeitig am oberen Choanalrand und an einem kleinen angrenzenden Stück des Septum. Der weitere Verlauf war ein normaler.

GONTIER de la ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

50) **Paessler** (Dresden). **Ueber die Beziehungen eitriger Erkrankungen dor Mundhöhle zum Gesammtorganismus.** *Med. Klinik. 21. 1911.*

Auf Grund vielfacher Beobachtungen ist Paessler zur Ueberzeugung gelangt, dass die primäre Ursache einer Reihe von Allgemeininfectionen bei localen Erkrankungen der Mundhöhle zu suchen ist, und zwar kommen in Betracht: 1. Erkrankungen der Zähne, wobei Streptokokken nachweisbar sind, 2. Erkrankungen des Zahnfleisches, namentlich die alveoläre Pyorrhoe und 3. chronische folliculäre Angina.

SEIFERT.

51) **Conrad. Voluminöser Stein der Unterkieferdrüse. (Voluminoux calcul de la glande sousmaxillaire.)** *Journal de Radiologie. 15. Mai 1910.*

17jähriger junger Mann ist seit 7 Jahren Träger einer Geschwulst unterhalb des inneren Randes des linken Unterkiefers, die anfangs stecknadelkopfgross, allmählich sich vergrösserte und jetzt als eine schmerzhafte Geschwulst mit einer Temperaturerhöhung bis zu 38,6° ohne Fluctuation sich darstellt. Die radiographische Untersuchung liess erkennen, dass es sich um einen aus mehreren

nebeneinander gelagerten Steinen zusammengesetzten Tumor der Gland. submaxill. handle, was durch die Operation der stark wallnussgrossen Geschwulst bestätigt wurde.

BAYER.

52) S. A. Friedberg. **Recidivirende Parotisschwellung. (Recurrent enlargement of parotid.)** *The Laryngoscope. December 1910.*

Die Anfälle von Schwellung der Parotis werden bei dem Patienten gewöhnlich hervorgerufen durch Säuren — anorganische und pflanzliche — und durch stark gewürzte Speisen; gewöhnlich ist die linke Drüse mehr geschwollen als die rechte. Die Schwellung hält $1/_2$—2 Stunden an, gelegentlich auch 12 Stunden. Durchschnittlich treten zwei Anfälle im Monat auf. Es besteht augenscheinlich keine Abnahme des Speichels, keine Trockenheit im Munde.

Es handelt sich um eine spastische Stenose des Ductus Stenonianus infolge Reizung durch gewisse Nahrungsmittel.

EMIL MAYER.

53) **Molinié** (Marseille). **Extreme Beweglichkeit der Zunge. (Mobilité extrême de la langue.)** *Comité médical des Bouches du Rhône. 10. Februar 1911.*

Das betreffende Individuum kann die Zungenspitze durch den Nasenrachen hindurch in die eine oder andere Nasenhöhle stecken; er leidet an einem trockenen Nasenrachenkatarrh und verschafft sich Erleichterung, indem er sich mit der Zunge sein Cavum anfeuchtet.

GONTIER de la ROCHE.

54) **M. Leon. Ein Fall von Haarzunge. (A case of hairy tongue.)** *Journa. American Medical Association. 24. December 1910.*

Der Fall betrifft eine 75jährige Frau. Der sammtähnliche, einer Masse langer feiner Haare gleichende Ueberzug sass in der Mitte der Zunge an den Papillae filiformes; unter dem Mikroskop erwies er sich bestehend aus Epithel und einer immensen Menge von Mycelien.

Die Behandlung bestand darin, dass der Belag unter Localanästhesie abgeschabt und dann eine 10proc. alkoholische Lösung von Sublimat applicirt wurde; dies wurde zwei Wochen lang täglich wiederholt mit dem Erfolg, dass der Belag ganz verschwand.

EMIL MAYER.

55) **M. L. Heidingsfeld. Haar- oder schwarze Zunge. (Hairy or black tongue.)** *Journal American Medical Association. 17. December 1910.*

Verf. theilt die Fälle in 1. wahre, idiopathische oder genuine Fälle, charakterisirt durch gut begrenzte, dauerhafte, braunschwarze oder gelbbraune, dicke, weiche, pelzartige Flecken, bedeckt mit dicht untereinander verschlungenen haarartigen Fasern; 2. Pseudo-Fälle, charakterisirt durch dicke, gelbbraune oder grünliche Missfärbungen von flüchtiger Natur, bedeckt mit weichem, breiigem Detritus, der gelegentlich ganz kurze Fäserchen enthält. Die wahre Haarzunge verdankt ihren Ursprung einer Entwickelungsanomalie, wahrscheinlich congenitaler Natur, wie er auch für gewisse Naevi etc. angenommen wird; die Pseudoform entsteht wahrscheinlich infolge localer oder allgemeiner reizender oder infectiöser Ursachen, wie Tabak, Antiseptica, Adstringentia, Syphilis etc. Die Fasern sind wahrscheinlich bedingt durch entzündliche Hypertrophie der Papillae filiformes.

Verf. meint, dass die meisten in der Literatur erwähnten Fälle wohl zu der zweiten Gruppe gehören. Der Gedanke an einen parasitären Ursprung findet in den bisherigen Untersuchungen keine Stütze und hat keine Wahrscheinlichkeit für sich. Die histologische Untersuchung ergiebt als Hauptbefund das Vorhandensein abnormer Papillen und interpapilläre Processe. Die Fasern waren besetzt mit einem dem Staphylococcus albus gleichenden Mikroorganismus, dem nach den Untersuchungen des Verf.'s keine specifische Bedeutung zukommt.

EMIL MAYER.

56) **Duverger** und **Brain. Ueber einen seltenen Fall von Sporotrichosis der Zunge und des Rachens. (Un cas raro de sporotrichoso linguale et pharyngienne.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 15. 1911.*

Bericht über einen Fall von Sporotrichosis mit alleinigem Ergriffensein des Zungengrundes. Uebersicht über unsere Kenntnisse und namentlich über die bakteriologischen Verhältnisse dieser neuen Pilzart. Man kennt bisher bloss zwei andere Fälle von Localisation des Sporotrichium Baumann's im Rachen (Letulle: Sporotrichose de la muqueuse bucco-pharyngée [Presse Médic. 18. Mars 1908]; Thibierge u. Gastinel: Trois cas de sporotrichose dermo-épidermique avec lésion du pharynx et du tibie [Soc. Méd. des hôpitaux de Paris 19. Mars 1909]).

LAUTMANN.

57) **Clavero del Valle** (Valladolid). **Ein Fall von Zungenblutung bei einem Hämophilen. (Un caso de hemorragia lingual en un hemofilico.)** *La Clinica Castellana. September 1910.*

Bei einem an Glossitis leidenden Mann machte Verf. Scarificationen der Zunge, worauf eine durch keinerlei Mittel zu beherrschende Blutung begann; erst nach langer Zeit und nach Anwendung von Ergotin-Injectionen stand die Blutung. Patient war Hämophile und drei seiner Brüder waren an Blutungen zu Grunde gegangen.

TAPIA.

58) **Seifert. Ueber den Abscess der Zungenmandel. (Sur l'amygdalite préépiglottique phlegmoneuse.)** *No. 1. 1911.*

Mittheilung eines Falles von Abscess der linken Zungenbasis infolge Verletzung mit einer Fischgräte. Der Fall war complicirt wegen gleichzeitig bestehender Zuckerharnruhr. Incision mit dem Messer von Heryng unter Leitung des Fingers brachte Heilung, nicht ohne starke secundäre Nachblutung, die erst auf längere Digitalcompression stand.

LAUTMANN.

59) **J. J. Harris. Accessorische Zungenstruma. (Accessory thyroid of the tongue.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Der Tumor sass auf dem Zungengrund, war ungefähr taubeneigross; bei der Punction erhielt man eine geringe Menge klarer Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung des operativ entfernten Tumors ergab das Vorhandensein von Schilddrüsengewebe.

EMIL MAYER.

60) **O. Levinstein** (Berlin). **Beitrag zur Pathologie der Zungengrundtumoren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. 1911.*

Beschreibung eines Falles von Lymphangiom mit sehr zahlreichem Stroma, bei dem die Frage der Malignität nicht mit Sicherheit zu entscheiden war.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

61) **Jonathan Wright. Ein Beitrag zum Studium der Fette und Lipoide im thierischen Gewebe. Seife und Cholestearin in der Tonsille. (A contribution to the study of fats and lipoids in animal tissue. Soap and cholesterin in the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Februar 1911.*

Der einzige sicher nachweisbare Weg, auf welchem Fett, das ausserhalb der Zelle sich befindet, in das Innere der Zelle gelangt, ist der der Phagocytose. Verf. hat in seinen Untersuchungen über die neutralen Fette diesen Transport, besonders mittels der Erythrocyten, im lymphoiden Gewebe der Tonsille verfolgt.

EMIL MAYER.

62) **St. Arrowsmith. Einige Seiten der Rhinolaryngologie und deren Beziehung zur allgemeinen Medicin. (Certain aspects of rhinolaryngologie and their relation to general medicine.)** *N. Y. Medical Journal. 17. December 1911.*

1. Reine Hypertrophie der Gaumenmandeln ist wesentlich eine Erscheinung der frühen Jugend; sie ist mehr eine Schutz- als eine Krankheitserscheinung. Diese Schutzkraft wird durch eine mässige Anzahl von Attaken von Angina eher gefestigt als beeinträchtigt.

2. Ursache der Gaumenmandelhyperplasie ist sehr oft die Erkrankung der Rachenmandel, Abtragung dieser hat häufig Rückgang jener im Gefolge.

3. Bis zum Pubertätsalter sollte eine mässige reine Hypertrophie aus Rücksicht auf die — wahrscheinlich im Sinne eines Schutzes wirkende — Function respectirt werden.

4. Ist wegen mechanischer Behinderung der Athmung oder des Gehörs ein Eingriff nothwendig, so ist allein die Tonsillotomie gerechtfertigt.

5. Ist jedoch anzunehmen, dass durch Erkrankung der Mandeln Affectionen der regionären Drüsen bedingt sind, welche die allgemeine Gesundheit bedrohen können, so ist die einzig gerechtfertigte Operation die Enucleation.

6. Wenn nach der Pubertät die Tonsille gleich der Thymus ihre physiologische Bedeutung vielleicht einbüsst und normalerweise sich zurückentwickeln sollte, sollen pathologische Zustände so radical wie möglich operirt werden.

EMIL MAYER.

63) **S. V. Scholes. Wesen und Diagnose der Halsentzündung. (Nature and diagnosis of sore throat.)** *The Australian Medical Journal. 20. März 1911.*

Das Thema ist mit Rücksicht auf den practischen Arzt behandelt; besonders erörtert wird der Unterschied zwischen dem Hoffmann'schen und Klebs-Löffler'schen Bacillus, ferner die klinischen und bakteriologischen Unterschiede zwischen membranöser Angina, Sepsis des Pharynx, Angina Vincenti. Es werden Fälle von Mischinfection mitgetheilt, in denen neben den Diphtheriebacillen noch andere Bakterien betheiligt sind.

A. J. BRADY.



64) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Zur Behandlung der Tonsillitis chronica und Angina habitualis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. 1911.*

Verf. räth, auf alle Fälle zuerst den Versuch mit der galvanokaustischen Behandlung der Tonsillen zu machen und hält erst im Fall des Missglückens die Tonsillectomie für indicirt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

65) **A. Schönemann** (Bern). **Die rationelle Therapie und Prophylaxe der Angina (Tonsillitis acuta).** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 9. 1910.*

Die Infection erfolgt durch die Nase auf dem Lymphwege.

Als Therapie erhält der Kranke innerhalb $^1/_4$ Stunde 3,0 g Aspirin mit reichlichem Hollunderthee. Prophylaktisch kommt Behandlung der chronischen Nasenschleimhautschwellungen mit Protargol oder Collargol in Betracht.

WILH. SOBERNHEIM.

66) **W. J. Thomasson. Die digitale Enucleation der Tonsille. (The finger as an aid in the complete enucleation of the tonsil.)** *Kentucky Medial Journal. 1. Februar 1911.*

Unter den Vorzügen, die Verf. dem Gebrauch des Fingers bei der Enucleation zuschreibt, seien folgende genannt: Die Zahl der Instrumente wird verringert; die Operation geht schneller vor sich; die Blutung ist geringer, als bei scharfer Ausschälung; es besteht weniger Gefahr, den M. constrictor superior und die Gaumenbögen zu verletzen; es bleiben keine Fragmente der Tonsillen zurück etc.

EMIL MAYER.

67) **G. E. Gwinn. Einfache complete Tonsillectomie. (Simple complete tonsillectomy.)** *Journal American Medical Association. 21. Januar 1911.*

Verf. fasst die Tonsille mit einer besonders von ihm angegebenen Zange und zieht sie nach innen und vorne hervor. Zum Abschnüren der Tonsille bedient er sich einer Schlinge. EMIL MAYER.

68) **R. H. Gilpatrick. Naht der Gaumenbögen wegen Blutung nach Tonsillectomie. (Suture of faucial pillars for hemorrhage following tonsillectomy.)** *N. Y. Medical Journal. 6. August 1910. Boston Medical and Surgical Journal. 21. Juli 1910.*

Verf. giebt eine ausführliche Schilderung der von ihm befolgten Technik der Naht der Gaumenbögen. EMIL MAYER.

69) **H. A. Barnes. Blutung nach Tonsillectomie. (Hemorrhage after tonsillectomy.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. Januar 1911.*

Blutungen sind nach Tonsillectomie weniger häufig als nach Tonsillotomie. Die Mittel zu deren Unterdrückung sind: Druck; Unterbindung der blutenden Stellen; Naht der Gaumenbögen. EMIL MAYER.

70) **Lee Cohen. Anwendung der Ligaturen bei Tonsillarblutungen nebst Beschreibung der Technik. (Routine use of ligature in tonsillar bleeding with description of technic.)** *The Laryngoscope. September 1910.*

Bei jeder Tonsillectomie, auch wenn die Blutung nur eine geringfügige ist,

kann der Blutverlust noch verringert werden, wenn alle Blutgefässe unterbunden werden, seien es grosse oder kleine.

Von Interesse ist die Statistik des Verf.'s bezüglich seiner Erfahrungen über Blutungen nach Operation unter allgemeiner oder localer Anästhesie. Von 173 im Jahre 1909 in Aethernarkose operirten Fällen im Alter von 2—33 Jahren wurde keinmal eine recidivirende oder secundäre Blutung bemerkt; von den 33 mit Cocain operirten Fällen befanden sich drei mit Blutungen einige Stunden nach der Operation; diese wurden wieder in den Operationssaal gebracht und die blutenden Gefässe leicht unterbunden. In drei anderen Fällen genügte eine leichte, wenige Augenblicke dauernde Compression.

EMIL MAYER.

71) **Francis R. Packard. Ein Todesfall nach Entfernung von Tonsille und Adenoiden. (A fatality following the removal of tonsils and an adenoid growth.)** *American Journal of Medical Sciences. September 1910.*

Die linke Tonsille wurde mittels Fingers und Scheere entfernt; die rechte mittels Guillotine, nachdem sie von der Umgebung losgelöst worden war. Die Adenoiden wurden mit der Zange entfernt. Aethernarkose; die Narkose dauerte 14 Minuten, das Kind war 10 Minuten auf dem Operationstisch. Unmittelbar hinterher war Blutung vorhanden, später nicht. Fünf Stunden darauf war der Puls 156, Athmung 36, Temperatur 38,5°; $6^1/_2$ Stunde nach der Operation Exitus. Autopsie verweigert. Verf. denkt an Status lymphaticus.

EMIL MAYER.

72) **S. W. Prowse. Tödtlich verlaufener Fall von Peritonsillitis bei einem Erwachsenen. (Fatal case of quinsy in an adult.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Der Tod trat ein, als Patient vom Bahnhof auf die Strasse trat; seine Ursache war Glottisödem. Die Peritonsillitis war beiderseitig; die Abscesse erstreckten sich weit nach unten und hüllten den ganzen Kehlkopf von der Seite und von vorne ein. Es war kein Durchbruch in die Luftwege erfolgt.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

73) **Colley** und **Egis. Die Diphtherieepidemien nach dem Material des Morosoffschen städtischen Krankenhauses in Moskau in den Jahren 1903—1909.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 73. 1911.*

Die Schwere der Erkrankung ist meist von der Virulenz des Erregers abhängig, zuweilen vielleicht von Mischinfectionen (Streptokokken, Proteus). Die Streptokkendiphtherie hat keine besonderen klinischen Symptome. Der Tod in den ersten Krankheitstagen ist meist durch Toxinämie, in der späteren Zeit durch toxische Myocarditis bedingt. Die Anwendung grosser Serumdosen gewährt grossen Nutzen, doch ist das Hinausgehen über 15000 A.-E. für die Einzeldosis nutzlos.

SEIFERT.

74) **M. Karasawa** und **B. Schick** (Wien). **Untersuchungen über den Gehalt menschlichen Serums an Schutzkörpern gegen Diphtherietoxin.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 72. Heft 3.*

Die einfache letale Dosis des Diphtherietoxins beträgt 0,0007. 0,00001 bis 0,0001 dieses Toxins ruft bei der Injection eine lebhafte Röthung und Infiltration hervor und nach 72 Stunden erfolgt Nekrosenbildung.

Aus den Untersuchungen des Verf.'s hat sich ergeben:

Das Nabelschnurblut enthielt stets Schutzkörper gegen Diphtherietoxin, durchschnittlich 0,62 I.-E. im Cubikcentimeter.

Das Serum von Säuglingen enthielt unter 5 Fällen nur einmal Schutzkörper, und zwar in geringer Menge; der jüngste untersuchte Säugling war 6 Wochen alt.

Bei Kindern von 2—12 Jahren (24 Fälle) fehlten 11 mal die Schutzkörper, bei Erwachsenen (13 Fälle) 4 mal.

Drei vor der Seruminjection untersuchte, an Diphtherie erkrankte Kinder im Alter von 6—8 Jahren besassen kein Antitoxin im Serum.

FINDER.

75) **J. P. Simonds. Diphtherie in ihrer Beziehung zur Volksgesundheit. (Diphtheria in its relation to public health.)** *Journal American Medical Association. 7. Januar 1911.*

Der Einfluss des Schulbesuches auf das Vorkommen der Diphtherie wird bewiesen: 1. durch den sehr grossen Procentsatz von Fällen, die bei Kindern im schulpflichtigen Alter vorkommen; 2. durch den höheren monatlichen Durchschnitt von positiven Culturen in den Schulmonaten gegenüber den Ferienmonaten.

Für jede Absonderung und Entlassung ist nur die bakteriologische Untersuchung maassgebend.

EMIL MAYER.

76) **Edwin E. Graham. Symptome und Behandlung der Nasendiphtherie. (The symptoms and treatment of nasal diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 10. December 1910.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass der Diphtheriebacillus eine geringe Reizung und Secretion oder auch intensive Entzündung und Schwellung mit vollkommener Verlegung der Nase bewirken kann, ohne Membranbildung. Diphtheriebacillen finden sich oft in der Nase, obwohl gar keine oder nur sehr geringfügige Absonderung vorhanden ist. Diese Fälle bilden dann oft den Ausgangspunkt von Epidemien. Ueber die Virulenz der Bacillen und darüber, ob es sich um wahre oder Pseudodiphtheriebacillen handelt, entscheidet die Impfung auf Meerschweinchen.

Verf. schildert dann die von der Umgebung zu beobachtenden Vorsichtsmaassregeln, die Behandlung mittels Nasendouchen und Antitoxin.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

77) **Karl Heilbronner** (Utrecht). **50 Jahre Aphasieforschung. 1861 (18. April) bis 1911.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1911.*

Unter Hinweis auf die Bedeutung Broca's und Wernicke's als Bahnbrecher

auf dem Gebiete der Aphasieforschung kritische historische und klinische Besprechung obigen Themas, die sich zu kurzem Referat nicht eignet. HECHT.

78) **E. N. Maljutin** (Moskau). **Ueber Lautgymnastik der Stimmbänder mittels elektrischer Stimmgabel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Die Gymnastik des Kehlkopfs zur Heilung der unregelmässigen Function der Stimmlippen mit Hülfe von Vibration grosser Stimmgabeln, wie sie Verf. seit 1896 übt, kann jetzt, nachdem Zimmermann die electrische Kraft den Stimmgabeln verschiedener Höhe (von A bis a') angepasst hat, electromagnetisch betrieben werden. Durch Trommeln, die nach dem Princip des Phonendoskops hergestellt sind und dem Patienten angelegt werden, verstärkt Verf. die Leitung des Tones.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

79) **Fröschels** (Wien). **Ueber die verschiedenen Formen des Näselns mit besonderer Berücksichtigung der Indicationsstellung für Nasenoperationen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1911.*

Unter Anderem beschreibt der Autor eine Methode, nach welcher die beiden Formen der Rhinolalia clausa, die nasalis und die palatina, rasch und sicher zu unterscheiden sind, indem er mittelst eines Katheters durch die Nase das Gaumensegel am Gehobenwerden hindert. Bleibt der nasale Klang bestehen, so handelt es sich um die nasale Form, im anderen Falle um die palatine, d. h. die durch Hyperinnervation des Gaumensegels bedingte. Darnach richtet sich die Indication zur Vornahme eines nasalen Eingriffes. O. CHIARI.

80) **Marage** (Paris). **Beitrag zum Studium der Consonanten. (Contribution à l'étude des consonnes.)** *Académie des sciences. 8. Mai 1911.*

Da der Consonant nur ein die Vocale begleitendes oder abschliessendes Geräusch darstellt, so ist es logisch, die Kinder beim Lesenlernen gleich von Anfang an die Vocale mit den Consonanten verbinden zu lassen. Die auf diesem Princip beruhende sogenannte Janicot'sche Methode giebt die besten Resultate.

GONTIER de la ROCHE.

81) **Goebel. Ueber die tonverstärkende Wirkung des über den Stimmlippen befindlichen Ansatzrohres, den Toncharakter der Vocale und die Verstärkung dieser Töne durch das Ansatzrohr.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Verf. hebt folgende Sätze hervor: Sollen starke Schwingungen eines Körpers sich mit möglichst geringem Verlust durch fliessende Luftbewegung an Luft übertragen, so ist nothwendig: Umbildung der grossen, auf einen kleinen Luftraum unmittelbar wirkenden Amplituden in kleinere, auf eine grössere Luftmasse unmittelbar übertragene Amplituden. Der Resonanzboden wirkt in diesem Sinne als Transformator. — Die Vocalbezirke enthalten grösstentheils die von Helmholtz angegebenen Resonanztöne in sich. In einem bestimmten, weiten Bezirk der Skala wohnt jedem wenig mit Obertönen complicirten Tone ein bestimmter Vocalcharakter bei. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

82) **Martin Haudek** und **Emil Fröschels** (Wien). **Röntgenaufnahmen der Form des Ansatzrohres bei den Sprachlauten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Verff. haben sich des Momentverfahrens bedient unter Verwendung der von Gehler-Leipzig eingeführten Folien, welche sich von früheren Verstärkungsschirmen vorteilhaft dadurch unterscheiden, dass sie bei bedeutender Abkürzung der Expositionszeit nicht das grobe Korn aufweisen, das die Erkennung feiner Details an der Platte unmöglich macht. Es wurden nur reine Profilbilder aufgenommen. Aufstreichen von Wismuthpaste auf die in Betracht kommenden Organe erzielt deutlicher kenntliche Profillinien. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

83) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopflähmung bei beginnendem Tabes.** *Orvosi Hetilap. No. 26. 1911.*

Die Stimmlippen verbleiben während der Einathmung nahe zur Mittellinie.

POLYAK.

84) **Georg Finder** (Berlin). **Recurrenslähmung bei Tabes und gleichzeitigem Aortenaneurysma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. 1911.*

Verf. fordert in allen Fällen von einseitiger Recurrenslähmung bei Tabes genau mit Zuhilfenahme der Röntgenuntersuchung auf das Vorhandensein eines etwa noch so kleinen Aortenaneurysmas zu fahnden und erst, wenn solches mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist, die Lähmung als tabische zu bezeichnen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

85) **Dhanyrbhai H. Mehta. Sprachvermögen bei durchschnittenem Hals. (Power of speech in cut throat.)** *Lancet. 25. Januar 1911.*

Fall eines Mannes, dem der Larynx oberhalb der Stimmlippen durchgeschnitten war und der laut, wenn auch undeutlich, sprechen konnte.

A. I. WRIGHT.

86) **S Hurwitz** (Königsberg i. Pr.). **Beiträge zur Lehre von den Kehlkopfverletzungen. II. Die Prognose bei Kehlkopfcontusion.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Mittheilung eines Falles von Larynxquetschung, der in der Gerber'schen Poliklinik zur Behandlung gelangte und in Fixation der beiderseitigen Stimmbänder endete. Dieser Ausgang zeigt, dass der Satz Hoffmann's von der durchaus guten Prognose der Larynxcontusionen nicht aufrecht erhalten werden kann.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

87) **Menzel. Verätzung des Sinus piriformis durch Kalium hypermanganicum.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 25. Februar 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1910.*

Oesophagoskopisch konnte ein Krystall von Kal. hypermang. nachgewiesen werden, der gelegentlich beim Gurgeln in den Sinus piriformis gelangt war.

HANSZEL.



88) **Gherardo Ferreri. Die Technik der Tracheo-Laryngostomie. (The technic of Tracheo-Laryngostomy.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Die Phasen der Operation sind: Incision des Schildknorpels, Incision des Ringknorpels und der Trachealringe bis zur Fistel; Fortschneiden des vorderen Theiles des Ringknorpels; Fixation des Knorpels an der Haut mittelst Michelscher Klammern; Tamponade mit viereckigen Stückchen comprimirter Watte, die in Jodoformgaze eingehüllt sind. Diese Methode der Tamponade stellt die dem Verf. eigentümliche Modification der Operation dar. Als ihre Vortheile rühmt er: 1. Mässige und continuirliche Dilatation; man beginnt, je nach dem Fall mit 1—2 Tampons, vermehrt ihre Zahl, wenn der Raum weiter wird, bis man das Maximum von 5—6 Tampons erreicht. 2. Die Dilatation ist gleichmässig, da die comprimirte Watte sich mit dem Secret vollsaugt und die Form der Höhle annimmt und in gleicher Weise auf die ganze Innenfläche drückt. So wird der nach hinten offene und durch die verschiedenen Achsen von Trachea und Larynx gebildete Winkel reducirt und das Laryngo-Trachealrohr in dieselbe Linie gebracht. 3. Es wird keine Reizung der Schleimhaut, keine Gangrän der Gewebe verursacht und infolgedessen auch die Epidermisirung nicht verhindert. 4. Die Methode ist sehr einfach und kann in jedem Alter angewandt werden.

Verf. schneidet in jedem Fall einen Theil des Ringknorpels fort; dadurch wird Kehlkopf und Trachea zu einem gleichmässigen Rohr von derselben Achse reducirt; die Leiste vorn über der Canüle, die sich oft bildet, wird dadurch beseitigt.

EMIL MAYER.

89) **J. D. Schleifstein** (Warschau). **Laryngostomie bei Sklerom.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 12. 1910.*

Sch. erörtert kritisch die verschiedenen Methoden, die z. Zt. gegen die Stenosen des Larynx-Skleroms in Verwendung stehen und verbreitet sich dann über Technik und Prognose der Laryngostomie, wobei er besonders die Methoden der französischen und italienischen Schule schildert. Er berichtet anschliessend über einen schweren Fall von hochgradiger Larynxstenose, bei dem er — nach erfolgloser Anwendung der Schrötter'schen Röhre, subcutaner Application 10 proc. Thyosinlösung, sowie der Röntgenstrahlen — durch Laryngostomie und sekundäre Plastik einen guten Dauererfolg erzielte. Der eingehende Krankenbericht schildert ausführlich die Technik der verschiedenen Eingriffe und schliesst mit dem Wunsche, die Laryngostomie möge auch beim Sklerom eine ausgedehntere Verwendung finden.

HECHT.

90) **A. Canépele** (Bologna). **Laryngostomie bei Sklerem.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 45. S. 157. 1911.*

In der Monatsschrift f. Ohrenheilkunde Dez. 1910 hat Dr. Schleifstein über einen Fall von Larynxsklerom berichtet, bei dem durch die Laryngostomie die Stenose gehoben wurde. Da Schl. annahm, dass sein Fall wahrscheinlich der erste sei, der nach dieser Methode operirt wurde, so erinnert nun C. an 2 analoge eigene Beobachtungen, bereits mitgeteilt auf dem Congress der ital. laryng. Gesellschaft in Rom, April 1910.

OPPIKOFER.

91) **Botey** (Barcelona). **Behandlung der Tubocanulards durch elastische Dilatation und Laryngostomie. (Tratamiento de los tubocanulardos por la dilatacion élastica y la laringostomia.)** *Archivos de rinologia etc. No. 162. 1910.*

Die meisten Kinder, die intubirt und tracheotomirt sind und bei denen sich die Tube oder Canüle nicht entfernen lässt, haben an maligner Kehlkopfdiphtherie oder Laryngitis subglottica gelitten, in deren Verlauf ein subglottisches Geschwür mit consecutiver Narbenbildung und Stenose entsteht. Vor dem Eingriff muss man den Grad der Durchgängigkeit feststellen. Verf. macht die Laryngostomie und Dilatation mit Caoutchouctuben, die liegen gelassen und oft erneuert werden. Die Behandlung dauert gewöhnlich zwei Monate.

TAPIA.

92) **Bonain** (Brest). **Die Fixation der O'Dwyer'schen Tuben im Larynx. (La fixation des tubes d'O'Dwyer dans le larynx.)** *Presse médicale. 11. Mai 1911.*

Verf. empfiehlt das von Polverini und Isonni (Mailand) angegebene Verfahren, das im Wesentlichen darin besteht, die Tube mittels eines durch die Membrana cricothyreoidea hindurchgehenden Fadens zu fixiren. Damit fällt der oft gegen die Dauerintubation erhobene Einwand, dass eine constante Ueberwachung nothwendig ist und sie keine Sicherheit bietet.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Chassin. Blutegel im Kehlkopf. (Sangsue fixée dans le larynx.)** *Société de médecine militaire française. 5. Januar 1911.*

Der in der Regio subglottica fixirte Blutegel gab nur Anlass zu einem nicht schmerzhaften Gefühl von gène und Heiserkeit. Die Extraction war leicht.

GONTIER de la ROCHE.

94) **D. Crosby Greene. Bericht über drei neue bronchoskopische Fremdkörperfälle. (Report of three recent cases of bronchoscopy for foreign bodies.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. Januar 1911.*

1. 2jähriges Kind, das eine Feige aspirirt hatte. Der Fremdkörper wurde bei zweimaliger Bronchoskopie nicht gefunden. Abscess der linken Lunge. Tod Keine Autopsie.

2. $1^1/_2$jähriges Kind; Nadel im linken Hauptbronchus mit dem Kopf nach unten. Beim Versuch der bronchoskopischen Extraction ging die Nadel durch das Fenster der Tube. Tracheotomie. Die Nadel wurde ausgehustet.

3. Bronchoskopie bei einer Pneumonie, um festzustellen, ob ein Fremdkörper vorhanden sei. Resultat negativ; keine unangenehmen Folgen.

EMIL MAYER.

95) **Caboche** (Paris). **Die Broncho-Oesophagoskopie und die Mediastinaltumoren. (La broncho-oesophagoscopie et les tumeurs du médiastin.)** *Journal des Practiciens. 27. Februar 1911.*

Der mitgetheilte Fall illustrirt den diagnostischen Werth der Methode. Es handelte sich um einen Patienten mit Dyspnoe und Einziehungen, deutlicher Abschwächung des Athemgeräusches auf der linken Seite und zeitweiliger geringer Dysphagie. Mittels der Broncho-Oesophagoskopie entdeckt man, dass es sich um einen Mediastinaltumor handelt, der sich sowohl in den Oesophagus, wie die Trachea hinein vorwölbt.

GONTIER de la ROCHE.

96) **Sargnon** (Lyon). **Extraction eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus an seiner unteren Bifurcation mittels unterer Bronchoskopie bei einem Kinde. (Extraction d'un corps étranger de la bronche gauche à sa bifurcation inférieure par bronchoscopie inférieure chez un enfant.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. Lyon médical. 12. Februar 1911.*

Der Fremdkörper war eine Schuhöse. Tracheotomie. Nach verschiedenen vergeblichen Extractionsversuchen gelang es schliesslich mittels eines Hakens.

GONTIER de la ROCHE.

97) **Herbert Tilley. Directe Bronchoskopie. Zwei Fälle von Entfernung von Fremdkörpern aus den tieferen Luftwegen. (Direct Bronchoscopy. Two cases of removal of a foreign body from the lower air passages.)** *The Lancet. 22. April 1911.*

Im ersten Fall (36jähriger Mann) steckte ein Knochen seit mehr als 3 Jahren im rechten Bronchus; es bestanden Zeichen von Bronchectasie. Ein Skiagramm zeigte keine Spur von dem Knochen; in Narkose entdeckte man ihn jedoch im rechten Bronchus und entfernte ihn. Nach 6 Wochen waren die Lungenerscheinungen verschwunden.

Im zweiten Fall handelte es sich um die gelungene Entfernung eines Knochenstücks aus dem rechten Bronchus.

A. J. WRIGHT.

98) **Guisez. Broncho-ösophagoskopische Fremdkörper. (Corps étrangers broncho-oesophagiques.)** *Société de Médecine de Paris. Februar 1911.*

21 Fremdkörper wurden vom Verf. im Jahre 1910 auf broncho-ösophagoskopischem Wege entfernt, unter anderem ein Kaninchenknochen aus dem Bronchus eines 11 Monate alten Kindes, ein offenes Federmesser aus dem rechten Bronchus eines 4 Jahre alten Kindes.

GONTIER de la ROCHE.

99) **Secord H. Large. Einige meiner Misserfolge bei 75 Fällen von Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Some of my mishaps in seventy-five cases of Tracheo-Bronchoscopy and Esophagoscopy.)** *The Largngoscope. November 1910.*

Fall I. Ein 18 Monate altes Kind aspirirt einen Erdnuss (Pea-nut)-Kern. Durch die Schuld des Hausarztes, der erklärte, es könne nichts für das Kind geschehen, kam es erst in extremis in das Hospital, wo ohne Narkose die Extraction gemacht wurde. Das Kind starb; es hätte sicher gerettet werden können, wenn es früher in Behandlung gekommen wäre.

Fall II. 2jähriges Kind mit angeblichem Fremdkörper. Als Verf. den Fall sah, bestand eine ausgesprochene Pneumonie. Obere Bronchoskopie in Chloroformnarkose. Der rechte Bronchus war völlig ausgefüllt mit einem glänzenden Fremdkörper; es handelte sich um eine Bohne, deren obere Schale sich abgeblättert hatte. Der Fremdkörper wurde mittels der unteren Tracheotomie entfernt. Gleich darauf wurde aus dem linken Bronchus eine grosse Menge schleimig-eitrigen Secrets entleert. Das Kind starb 10 Stunden nach der Operation; auch hier kam der Fall zu spät in Behandlung.

Die beiden anderen Fälle sind ösophagoskopische.

In dem einen handelte es sich um einen Mann, der feste Speisen gar nicht, flüssige nur mit Schwierigkeit schlucken konnte. Man fand bei der Oesophagoskopie einen grossen Tumor gerade unterhalb des Ringknorpels. Mit einer schneidenden Zange wurde ein Stück davon entfernt, das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Lungengewebe erwies. Patient starb nach 24 Stunden. Verf. ist nicht im Stande, zu erklären, wie er dazu kam, Lungengewebe zu entfernen. Autopsie wurde nicht erlaubt.

Der zweite Fall betrifft ein 18 Monate altes Kind, das ein Pennystück verschluckt hatte. Es gelang nicht, das Rohr in den Oesophagus einzuführen. Es schien, als ob oberhalb des Ringknorpels eine Strictur vorhanden war. Das Kind starb am iolgenden Morgen.

EMIL MAYER.

100) **Galebsky** (St. Petersburg). **Zur Pathogenese und Therapie des Bronchialasthmas auf Grund der Bronchoskopie.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 48. 1910.*

Nach den Ergebnissen anderer Beobachter und nach eigenen Untersuchungen an 5 typischen Bronchialasthmatikern (im und ausser dem Anfall) glaubt G. sagen zu dürfen, dass die Zurückführung des Bronchialasthmas auf angioneurotische Oedeme in den Ergebnissen der Bronchoskopie eine Unterstützung findet. In den meisten Fällen von bronchoskopischer Untersuchung der Asthmatiker im Anfalle trat auffallende Besserung des subjectiven Befindens der Patienten auf, ob hierbei die Application von Cocain, Menthol, Chloreton etc. oder das mechanische Reizmitte, das Endoskopierohr, in Frage kommt, ist nicht geklärt.

O. CHIARI.

101) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Demonstration der Anwendung des biegsamen endobronchialen Sprayapparates.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1911.*

Verf. hat die Anwendung des bekannten Ephraim'schen Sprays demonstrirt. Seine Erfahrungen lauten bei chronischer Bronchitis und Tracheitis günstig. Die Anwendung einer Substanz von Tonogen, Eukalyptus und Gomenol wird empfohlen.

POLYAK.

102) **John Mc Coy. Demonstration eines neuen Sprayrohres für directe Bronchoskopie. (Demonstration of new spray tube for direct bronchoscopy.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Die Tube ist für die Anwendung des Cocain-Adrenalinsprays bestimmt.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

103) **L. V. Haas. Gestörte Schilddrüsenfunction. (Disturbed functien of the thyroid gland.)** *Archives of Pediatrics. März 1911.*

Verf. berichtet einen Fall, der zeigen soll, dass viele geringe Störungen der Schilddrüse wahrscheinlich unerkannt bleiben. Zwischen den beiden Extremen — dem typischen Morbus Basedow auf der einen und dem Cretinismus und Myxödem auf der anderen Seite — giebt es Functionsstörungen mit so unregelmässigen Symptomenbildern, dass es schwer, wenn nicht unmöglich ist, die Diagnose zu stellen.

EMIL MAYER.

104) **W. S. Robertson. Acute Entzündung der Schilddrüse. (Acute inflammation of the thyroid gland.)** *Lancet. 8. April 1911.*

Bericht über drei Fälle. Im ersten handelte es sich um ein 15jähriges Mädchen, das seit 2 Jahren einen Kropf hatte und bei dem plötzlich Schwellung der Drüse mit Fieber und Dyspnoe eintrat. Tracheotomie. Heilung.

Der zweite, ein 16jähriges Mädchen betreffende Fall war ähnlich, nur dass hier vorher kein Kropf festgestellt war. Tracheotomie und Durchtrennung des Isthmus der Drüse hatten den gewünschten Erfolg.

Im dritten Fall — bei einer 29jährigen Frau — folgte die Entzündung der Drüse auf eine Diphtherie. Es erfolgte Eiterung; Incision.

Bei einer Literaturübersicht findet Verf., dass unter 96 Fällen die Entzündung 33mal eine schon chronisch vergrösserte Drüse betraf. Eiterung erfolgte in 40 pCt.; die Mehrzahl der Fälle war auf acute Krankheiten zurückzuführen, wie Rheumatismus, Malaria, Diphtherie oder fieberhafte Enteritis. A. J. WRIGHT.

105) **Shimodaira** (Bonn). **Experimentelle Untersuchungen über die Tuberculoseinfection der Schilddrüse.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 109. 1911.*

Die Angabe, dass die Schilddrüse sich gegen Tuberculoseinfection resistenter verhält, als andere Organe, prüfte Sh. durch experimentelle Untersuchungen an Kaninchen nach und kam zu dem Schlusse, dass die Schilddrüse beim Kaninchen im Vergleich zu der Milz, den Nieren und den Knochen thatsächlich weniger für die tuberculöse Infection mit Typus humanus disponirt ist. SEIFERT.

106) **Leriche** und **Cotte** (Lyon). **Syphilitischer Kropf. (Goitre ligneux syphilitique.)** *Lyon médical. 9. April 1911.*

38jährige Frau. Unter specifischer Behandlung ging der Tumor rapid zurück. Verf. meint, dass die Thyreoiditis lignosa canceriformis eine abgeschwächte Form der Thyreoiditis infectiösen Ursprungs sei. GONTIER de la ROCHE.

107) **Plessner** (Breslau). **Ueber den Zottenkrebs der Glandula thyreoidea.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 109. 1911.*

Der Fall von maligner Struma wurde von Most operirt, der Tumor erwies sich als ein Cystadenoma papilliforme mit allen Zeichen der Bösartigkeit. Klinisch zeichnete sich der Tumor durch relativ langsames Wachsthum aus. SEIFERT.

108) **Kausch** (Schöneberg-Berlin). **Beiderseitige Resection oder einseitige Exstirpation des Kropfes.** *Archiv f. Chirurgie. Bd. 93. 1911.*

Von rein chirurgischem Interesse. SEIFERT.

109) **J. E. Jennings. Die Chirurgie der Schilddrüse. (The surgery of the thyroid gland.)** *American Journal of Surgery. April 1911.*

1. Es giebt eine Gruppe von Basedowfällen, in denen die Operation nicht angezeigt ist, und bei denen medicamentöse Maassnahmen eine Dauerheilung herbeiführen können.

2. In einer grösseren Gruppe von Fällen giebt, wenn die medicamentöse Behandlung versagt, eine operative Therapie, bevor es zu spät ist, gute Resultate.

3. In einer Anzahl von Fällen bessert die Operation die Symptome und verlängert das Leben, aber bewirkt keine Heilung.

4. In Spätfällen ist die Operation zu widerrathen.

EMIL MAYER.

110) **Wohrizek. Zur Röntgenbehandlung von Strumen.** *Prager med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

Eine indifferente Struma und eine Struma bei Basedow'scher Krankheit wurden erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt.

WILH. SOBERNHEIM.

g. Oesophagus.

111) **Guisez** (Paris). **Narbenstenosen des Oesophagus bei kleinen Kindern. (Stenoses cicatricielles de l'oesophage chez de jeunes enfants.)** *Société de Pédiatrie. 20. Juni 1911.*

Die Ursache ist immer das Trinken ätzender Flüssigkeiten; die Stenosen sitzen im mittleren oder unteren Drittel und sind gewöhnlich multipel. Die Oesophagoskopie gestattet die directe Behandlung, zuerst mittelst circulärer Elektrolyse. Die Gastrotomie kann vermieden werden; sie ist beim Kinde ein schwerer Eingriff.

GONTIER de la ROCHE.

121) **v. Kuester** (Berlin). **Ein Vorschlag zur Behandlung des Oesophagus- und Cardiacarcinoms.** *Med. Klinik. 25. 1911.*

Bei 8 Fällen leitete v. Kuester eine systematische Fibrolysin- und Sondenbehandlung ein; die Patienten erhielten zweimal wöchentlich je eine Ampulle Fibrolysin Merck à 2,25 subcutan ins Epigastrium eingespritzt und zweimal wöchentlich wurden Bougirungen vorgenommen. Alle Patienten hatten während der Behandlungszeit ein verhältnismässig erträgliches Leben geführt.

SEIFERT.

113) **Sieur** (Paris). **Oesophagotomie wegen Fremdkörper. (Oesophagotomie pour corps étranger.)** *Société de Chirurgie. 31. Mai 1911.*

Bei einem 3jährigen Kinde brach bei der Adenotomie der Ring des Ringmessers ab und fiel in den Oesophagus. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper im Niveau des ersten Rückenwirbels. Oesophagotomie, Extraction, Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

114) **W. Arbuthnot Lane. Excision eines krebsigen Segments des Oesophagus; Wiederherstellung des Oesophagus mittels Hautlappens. (Excision of a cancerous segment of the oesophagus; restoration of the oesophagus by means of a skin flap.)** *British Medical Journal. 7. Januar 1911.*

Der Fall betraf eine 30jährige Frau. Ausser dem oberen Theil des Oesophagus wurde auch ein Stück des gleichfalls erkrankten Arytaenoidmuskels entfernt und der Defect durch einen von der Haut entnommenen Lappen gedeckt. Obwohl die Vereinigung erfolgte, musste Pat. durch ein Rohr ernährt werden, wahrscheinlich, wie Verf. annimmt, wegen der unmittelbaren Nähe des Kehlkopfes. Der Tod erfolgte nach 6 Monaten an Recidiv.

A. J. WRIGHT.

115) C. M. Cooper. **Schüttelgeräusch beim Divertikel der Speiseröhre. (Succussion splash in diverticulum of the esophagus.)** *Journal American Medical Association. 3. September 1910.*

Verf. hat bei vier Patienten mit Speiseröhrendivertikel ein Symptom nachweisen können, dem er für die klinische Beobachtung eine grosse Bedeutung zuweist. Die Methode ist folgende: Man lässt den Patienten soviel Wasser trinken, als er ohne Unbequemlichkeit kann, am besten zu einer Zeit, wenn das Divertikel wahrscheinlich leer ist, d. h. am frühen Morgen. Dann wird der Kehlkopf mit der Hand umfasst und die Weichtheile des Halses werden kräftig geschüttelt. Währenddessen darf der Patient nicht athmen oder schlucken. Der Untersucher legt das Ohr an den Hals des Patienten und kann deutlich das Plätschern der Flüssigkeit in dem Sack hören.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Franz Kuhn** (Kassel). **Die perorale Intubation. Ein Leitfaden zur Erlernung und Ausführung der Methode mit reicher Casuistik.** Mit einem Vorwort von Prof. Dr. O. Hildebrand. Mit 22 Abbildng. Berlin 1911, Verlag S. Karger. 162 S.

Wenn auch gerade den Rhino-Laryngologen das Verdienst gebührt, frühzeitig den grossen Werth der Kuhn'schen peroralen Methode erkannt zu haben, und wenn auch diese Methode heute an den meisten Kliniken, auf welchen die Chirurgie der oberen Luftwege geübt wird, heimisch geworden ist, so scheint es doch, als ob sie noch nicht die Verbreitung und Anerkennung gefunden hat, die sie verdient. Es ist daher mit grosser Freude zu begrüssen, dass Kuhn in dem vorliegenden Buche eine zusammenfassende Darstellung seines Verfahrens, seiner Indicationen und seiner Technik gibt.

In einer Einleitung giebt der Verf. einen Ueberblick über die Entwicklung seiner Methode, und zeigt, dass sie erst ermöglicht wurde durch die Einführung der Metallspiralen, wie sie bereits König für seine lange Trachealcanüle verwendet hatte.

An einer Anzahl von Thierversuchen, zu denen er zum Theil die Protokolle wiedergiebt, hat Kuhn gezeigt, dass die Intubation sich als ganz vorzüglich für die Zwecke des Ueberdruckverfahrens — zunächst bei der experimentellen Thierchirurgie — eignet.

Auch im Rettungsdienst, für die Wiederbelebung Asphyktischer, verdient die Intubation Anwendung. Ist ein mit der Technik der Intubation vertrauter Arzt zur Stelle, so wird er durch die Einführung des Rohres, das die luftabführenden Wege offen hält, zunächst erreichen, dass die Kohlensäure abgeleitet wird und kann dann durch einen über das Tubusende hinaus bis zur Bifurcation laufenden Katheter Luft oder Sauerstoff zuführen.

Die Hauptdomäne der Intubation ist jedoch die Narkose, oder — wie Kuhn die Intubationsnarkose mit einem unseres Erachtens nicht besonders glücklichen Namen nennt — die „pulmonale Narkose“. Um ihre Vorzüge zu kennzeichnen,

citiren wir am besten Kuhn's eigene Worte: „Sie garantirt freie Luftzufuhr, ohne Gefahr der Aspiration, erlaubt die Einführung des Chloroforms continuirlich zu gestalten und jede Unterbrechung zu vermeiden, ermöglicht das Erbrechen zu unterdrücken und führt, wie keines der anderen Verfahren, in idealer Weise das Narcoticum sofort an die Stelle, wo es angreifen und resorbirt werden soll."

Anknüpfend an die Thatsache, dass Tracheotomirte sich besonders leicht und ohne Auslösung störender Reflexe chloroformiren lassen, zeigt K., dass analoge Beobachtungen bei Intubationsnarkosen gemacht werden. Die Wirkung der Chloroformdämpfe auf das Reflexgebiet des Trigeminus wird ausgeschaltet und so lassen sich Patienten, die bei der gewöhnlichen Art der Narkose heftige Abwehrbewegungen machen, stark pressen („Pressnarkose") etc. mittelst der Intubation leicht in viel kürzerer Zeit und unter Verwendung einer viel geringeren Dosis des Narcoticums einschläfern.

Ihre schönsten Erfolge hat die Intubationsnarkose — und das macht sie gerade für den Laryngo-Rhinologen so wichtig und schätzenswerth — bei der Chirurgie der oberen Luftwege. Sie überhebt uns der Sorge um das eventuell nach unten fliessende Blut, gewährleistet eine ruhige und continuirliche Narkose, hält den Narcotiseur vom Operationsgebiet entfernt u. s. w. Den vielen begeisterten Anhängern der Methode, die deren Werth bei Operationen der Stirnhöhle, des Siebbeins, der Kieferhöhle kennen gelernt haben, kann sich der Referent auf Grund seiner eigenen Erfahrungen nur unumwunden anschliessen. Er entschliesst sich heute, nachdem er sich die Kuhn'sche Methode zu eigen gemacht hat, viel leichter dazu, die Operationen, die er früher aus Bedenken wegen der Unbequemlichkeiten der Narkose unter Localanästhesie gemacht hat, z. B. die Caldwell-Luc'sche Oberkieferhöhlenoperation, unter Chloroform oder Aether zu machen.

Weitere Anwendungsgebiete der Intubationsnarkose, die vom Verf. in einzelnen Capiteln — zum Theil an der Hand einer reichen Casuistik — dargestellt werden, sind: die Operation des Wolfsrachens, des Zungencarcinoms, die Pharyngotomien. Besonders fruchtbar erweist sich auch die Methode bei der Operation der fibrösen Nasenrachentumoren, die seit der Anwendung der Intubation entschieden viel von ihren Schwierigkeiten und Schrecknissen verloren hat, und zwar empfiehlt Kuhn für diese Operation jenes Verfahren, das er als „neuen Weg zur Schädelbasis" beschrieben hat und das im Wesentlichen im queren Abtrennen des weichen Gaumens an seiner Ansatzstelle am harten Gaumen besteht; nach Abziehen des weichen Gaumens mittelst eines breiten Hakenspeculums erhält man einen ausgezeichneten Einblick in die Theile hinter den Choanen und auf die Schädelbasis. Auf diesem Wege ist auch in Fällen, in denen man auf dem gewöhnlichen nasalen Wege von vorne her nicht zum Ziele gelangt, die Keilbeinhöhle und von dort aus die Hypophysis zugänglich.

Sehr werthvoll werden auch dem Geübten die mannigfachen Winke und Rathschläge sein, die Kuhn in dem Capitel über die Technik der Intubation giebt. Dass die Bedenken, die bei Manchem der Anwendung der Methode entgegenstehen, vor allem die Furcht vor Schädiguugen des Kehlkopfes durch das Rohr, absolut ungerechtfertigt sind, kann Referent aus eigener Erfahrung bestätigen; in — schlecht gerechnet — 100 Fällen hat er ausser einer vorübergehenden Heiserkeit

und höchstens einen Tag anhaltender leichter Behinderung beim Schlucken niemals irgendwelche üblen Folgen gesehen. Finder.

---

b) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 3. Juni 1910.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Wylie demonstrirt ein 11jähriges Mädchen mit Nasenverstopfung seit der Geburt. Die vorderen Enden der unteren Muscheln sind dem Septum adhärent; die Rhinoscopia posterior zeigte normale Verhältnisse.

Hastings: Kehlkopflähmung nach partieller Resection der Schilddrüse.

41 jährige Frau; seit 15 Jahren Kropf. Partielle Resection am 2. Mai 1910, unmittelbar darauf Verlust der Stimme und Dyspnoe. Die Stimmbänder stehen unbeweglich in unvollkommener Adduction.

Tilley sagt, wenn der N. recurrens bei der Operation nicht gesehen worden sei, habe er auch nicht verletzt werden können.

Fowell: Der Nerv war zeitweilig in die Ligatur der Art. thyreoidea sup. mit eingebunden oder er wird durch Narbengewebe gedrückt.

Watson Williams fragt, ob es sicher ist, dass die Stimmbänder nicht schon vor der Operation gelähmt waren. Dyspnoe, die auf die Trachealcompression geschoben wird, ist oft die Folge einer nicht vermutheten Kehlkopflähmung.

Dundas Grant: Tuberculose des Kehlkopfs mit äusserster Dysphagie; Besserung durch Alcoholinjectionen in den N. laryngeus superior.

Marck Hovell macht auf ein einfaches Mittel zur Behebung der Schluckschmerzen aufmerksam, darin bestehend, dass beide Ohren fest mit der Hand comprimirt werden; dies einfache Mittel ist in allen Fällen von Schluckschmerzen wirksam.

Watson Williams meint, diese Wirkung komme zu Stande durch Compression gewisser Aeste des VII. Hirnnerven.

Dundas Grant: Junge Frau mit Hypertrophie der Zungentonsille, Behinderung der Singstimme und Husten.

Die Zungentonsille überragte und berührte die Epiglottis; geringer Katarrh des Kehlkopfs mit Parese der M. interni und constantem Husten.

Die Tonsille wurde abgeschnürt, worauf in einigen Tagen die Stimme wieder hergestellt wurde und alle Symptome verschwanden. In einem andern Fall folgte der Entfernung eines Theiles der Tonsille unmittelbar eine Zunahme des Stimmregisters um einige Noten nach oben und eine Erleichterung beim Singen.

Scanes Spicer hält die Anwendung der kalten Schlinge für schwierig, die Galvanokaustik ist für den Zweck geeigneter.

Grant erwidert, dass er eine besonders gebogene Schlinge benutzt: es komme nicht darauf an, die ganze Tonsille abzuschnüren, sondern nur die Epi-

glottis frei zu machen. Semon hat über einen Fall von Phlegmone nach Galvanokaustik in dieser Gegend berichtet; Grant hält dies aber für ein exceptionelles Vorkommniss.

Donelan: 44jähriger Mann mit tuberculösem Geschwür der Epiglottis, durch Anwendung der Galvanokaustik geheilt.

Die Galvanokaustik wurde 26 mal während zweier Jahre angewandt.

Jobson Horne: Präparate und Fälle betreffend Erkrankungen des Ventriculus Morgagni.

1. Entwicklung gutartiger Geschwülste.
2. Wahrer Prolaps der den Ventrikel auskleidenden Schleimhaut.

Der Ventrikel ist für die Entwicklung der Tuberculose besonders geeignet, weil das tuberculöse Sputum seinen Weg in den Ventrikel während des Hustens findet. Wird der Processus vocalis ergriffen, so geschieht dies auf dem Wege der directen Ausbreitung; er ist die widerstandsfähigste Stelle im Kehlkopf, da er keine Drüsen hat.

Lawrence: 16jähriges Mädchen mit angeborenem Mangel des knöchernen Theiles des Gaumens.

Keine Spalte in der Schleimhaut; Uvula bifida. Der Fall glich einem geheilten Wolfsrachen.

Howarth: Kehlkopftuberculose; Beseitigung der Schmerzen durch Bier'sche Stauung.

Dreiwöchige Behandlung; Pat. trug täglich 22 Stunden lang eine elastische Binde um den Hals.

Hill: Kugelförmige Dilatation des oberen Drittels des Oesophagus oberhalb einer malignen Strictur.

Vor 12 Monaten constatirte der Patient, dass der Hals eine halbe Minute nach dem Trinken eines Glases Wasser anschwoll und dass beim Vornüberbeugen Theile der Mahlzeit regurgitirt wurden. Die Schwellung nahm an Grösse zu und maass auf dem Durchleuchtungsschirm $5^1/_2$ cm in jedem Durchmesser; unterhalb der kugelförmigen Dilatation war eine oedematöse, ulcerirte Verengerung, 26 cm von der Zahnreihe entfernt. Das Lumen der Strictur war 3 cm lang. Eine Symonds'sche Tube wurde eingeführt und mit Vortheil getragen. Eine Dilatation von solcher Grösse im cervicalen und oberen thoracalen Theil des Oesophagus als Folge einer malignen Geschwulst ist etwas sehr Aussergewöhnliches.

Sitzung vom 4. November 1910.

Vorsitzender: Watson Williams.

Mc Kenzie demonstrirt 2 Präparate von Cartilago quadrilateralis des Nasenknorpels mit Fensterung entfernt durch submucöse Resection. Das Vorhandensein von Fenstern im Septumknorpel mit intacter Schleimhaut macht die Operation schwierig. Die spontane Entstehung einer Septumperforation wird

durch solche Fensterung begünstigt. K. betrachtet diese Knorpellücken als Entwicklungsfehler und als Folge des Druckes, den bei Rhinitis sicca von beiden Seiten her Borken auf den Knorpel ausüben.

Clayton Fox meint, dass der Befund von gesunder Schleimhaut auf beiden Seiten eine Druckwirkung ausschliesst. Die Perforationen sind angeborene Lücken in der Siebbein-Vomerplatte.

St. Clair Thomson: Sclerom des Nasenrachens.

Es handelt sich um eine polnische Frau, die bereits im Februar 1907 vorgestellt wurde.

Hill: 1. Fungöser Krebs des Oesophagus bei einem 49jährigen Manne.

Erhebliche Besserung nach Radiumanwendung; 50 mg reines Radiumbromid wurden 13 Stunden lang applicirt, zwei Monate darauf 21 Stunden lang. Allmähliche Besserung des Schluckens, das jetzt normal ist. Die Diagnose auf Plattenepithelkrebs wurde durch das Mikroskop bestätigt; das endoskopische Aussehen verlor unter der Radiumbehandlung alle Bösartigkeit. Patient hat 35 Pfund an Gewicht zugenommen.

2. Oesophaguscarcinom; Dysphagie mittels eines neuen Intubationsapparates behandelt.

Powell: 27jähriger Mann mit Nasenrachentumor, der Gaumen und Tonsille ergriffen hat. Der Tumor wurde durch Operation entfernt; ein Obturator verschliesst die Oeffnung im Gaumen. Die Untersuchung ergab Lymphosarkom.

Parker: Ein wallnussgrosser Mandelstein.

Der Stein sass in der Fossa supratonsillaris und wölbte den Gaumen vor.

Spencer: 23jährige Frau mit Zungenstruma.

Der Tumor — 3 cm im Durchmesser betragend — sass in der Gegend des Foramen coecum; er war bedeckt mit normalem Epithel.

Watson Williams erinnert an einen jüngst berichteten Fall, in dem an der normalen Stelle keine Schilddrüse vorhanden war und wo nach Entstehung der Zungenstruma Myxödem entstand.

Watson Williams demonstrirt einen Fall von maligner Neubildung im Kehlkopf.

40jährige Frau; Symptome bestehen seit 2 Jahren; W. räth Laryngofissur an.

Sitzung vom 2. Dezember 1910.

Vorsitzender: Watson Williams.

Scanes Spicer hält einen Vortrag und demonstrirt eine Serie prachtvoller theils farbiger Zeichnungen, die die Entstehung des Kehlkopfcarcinoms demonstriren.

Tilley: Ein V-förmiger Meissel zur besseren Entfernung der Spinae bei der submucösen Resection.

Er ist bajonettförmig und an einen schweren Handgriff montiert. Die freien Ränder des V sind stumpf, um eine Verletzung der Schleimhaut zu vermeiden.

H. J. Davis: Fall von Lepra bei einem 21jährigen Mann.

Patient hat die Krankheit vor 5 Jahren in Kapstadt acquirirt; es besteht eine lupusähnliche Affection der Nasenschleimhaut, Anästhesie und Knoten im Gesicht und am Ohrläppchen. Der Bacillus konnte aus dem Nasensecret isolirt werden. Behandlung mit subcutanen Injectionen von Nastin B zweimal wöchentlich.

Davis: Thyreolingualcyste, bei einem 17jährigen Mädchen entfernt; Operation mit nachfolgenden Erscheinungen von acutem Thyreoidismus.

Die Cyste war an Zunge und Zungenbein angeheftet; sie wurde entfernt, die Wunde genäht und mit Collodium geschlossen. Dieser Verschluss der Wunde war augenscheinlich die Ursache für die Erscheinungen von Resorption des Schilddrüsensecrets: hohes Fieber, Pulsbeschleunigung, Oedem und Schwellung des Halses und Gesichtes, was 6 Wochen lang anhielt. Die Wunde heilte per primam; die einzigen Beschwerden, die blieben, waren Herzklopfen.

Watson Williams und Scanes Spicer sind gleichfalls der Ansicht, dass die Erscheinungen auf Resorption des Schilddrüsensecrets zurückzuführen seien.

Davis: Einseitige Neuritis optica und vollständige äussere Augenmuskellähmung infolge acuter Keilbeinhöhleneiterung; Heilung durch Eröffnung und Drainage des Sinus durch die Wange.

25jähriges Mädchen; Aufnahme auf die innere Klinik wegen vermuthlichen Hirntumors; die Erscheinungen hatten plötzlich mit acutem Kopfschmerz, Erbrechen und Neuritis optica eingesetzt. Das rechte Auge war geschlossen; Allgemeinbefinden sehr schlecht. Sechs Wochen nach der Operation waren alle Erscheinungen verschwunden.

Davis: Antrumempyem bei einem 71jährigen Mann.

Zwei Operationen waren am Antrum gemacht worden und verschiedentlich Nasenpolypen aus beiden Nasenseiten entfernt worden. Das Antrum wurde dann Sitz einer malignen Geschwulst (Sarkom); der ganze Oberkiefer wurde resecirt. Patient befindet sich — 3 Monate nach der Operation — wohl. D. weist auf einen analogen im Mai 1909 vorgestellten Fall hin betreffend eine 68jährige Frau, bei der ebenfalls Nasenpolypen vorhanden gewesen waren, dann Antrumerkrankung, dann Sarkom. Auch dort Oberkieferresection und Heilung.

Davis: Oberkieferempyem bei einem 7jährigen Knaben.

Eröffnung und Dränage durch die Nase; beträchtliche äussere Entstellung.

Logan Turner hält den Fall für eine Osteomyelitis.

Waggett hat kein Empyem bei einem Kinde ohne äussere Deformität gefunden.

Tilley hat ein 8jähriges Kind ohne äussere Entstellung operirt.

Mc Kenzie hält die Osteomyelitis für eine secundäre Folge der Operation.

Watson Williams erinnert an einen von Power berichteten Fall eines 8 Wochen alten Kindes mit einer Oberkiefereiterung, bedingt durch eine Verletzung mit der Zange bei der Geburt.

H. J. Davis: Grosses Nasenrachenfibrom bei einem 11jährigen Knaben.

Der Tumor wurde durch den Gaumen entfernt; er war ausserordentlich gross.

Tilley macht darauf aufmerksam, dass man einen Zugang durch die Nase gewinnt, indem man die Processus maxillares ascendentes entfernt.

Davis erwidert, dass er die Entfernung durch die Nase zuerst versucht habe, der Tumor sei aber zu gross gewesen. Die Blutung bei Entfernung des Tumors war sehr erheblich, stand aber auf Tamponade.

Bronner: Gestieltes Fibrom des hinteren Gaumenbogens.

Präparat von einer 55jährigen Frau stammend; 7 Jahre zuvor war eine gleiche Geschwulst von der Seite des Zungengrundes entfernt worden.

Parker: Mandelstein.

Der Stein hatte erhebliche Grösse und konnte nur mit Mühe entfernt werden.

Kelson: Kehlkopflupus bei einer 36jährigen Frau, mit Galvanokaustik und innerlicher Arsendarreichung behandelt.

Logan Turner räth Tuberculin an; man soll darauf bedacht sein, nicht etwa durch Instrumentation eine Stenose herbeizuführen. Seine Erfahrungen mit Tuberculin waren verschieden: einige wurden geheilt, andere zeigten keine Besserung.

Watson Williams räth zum Versuch mit Tuberculin B.-E. 1 : 5000 von dem festen Präparat mit Steigerung der Dosis auf $^1/_{250}$ mg.; bei der Dosirung muss man sich von dem Grade der Reaction leiten lassen.

Hastings: Frühzeitige Myasthenia gravis mit Kehlkopfsymptomen.

Peters: Drei Fälle von Entfernung von Stimmbandknötchen mittels Galvanokaustik (Indirecte Methode).

In jedem Fall hat eine Application eine Verbesserung der Singstimme zu folge gehabt.

Die Frage der Anwendung der Galvanokaustik im Larynx bei Berufssängern wird discutirt; im ganzen wird sie als riskant betrachtet.

French: Fall von spastischer Strictur des Oesophagus.

Der Fall betraf eine junge Frau; bei der Röntgenaufnahme sah man eine spindelförmige Dilatation oberhalb der Strictur.

Hill leugnet das Vorkommen sogenannter spastischer Stricturen ohne Zeichen einer Schwellung am Sitz der Strictur; er glaubt nicht, dass spastische Stricturen zu einer Dilatation führen können.

Grant führt die gegenteilige Ansicht von Guisez an.

Semon hat zahlreiche Fälle gesehen und erfolgreich behandelt, in denen es sich um spastische Stricturen gehandelt haben kann.

Horsford: Tuberculose der Epiglottis und Stimmlippen, Amputation der Epiglottis; Application von reinem Phenol auf die ulcerirten Partien. Heilung. H. J. Davis.

---

c) Scottish Otological and Laryngological Society.

Die erste Sitzung der Gesellschaft wurde in Ear and Troat Department, Royal Infirmary, Edinburgh am 11. November 1910 gehalten.

Vorsitzender: A. Logan Turner.

J. S. Littgow demonstrirt einen Patienten nach doppelseitiger Stirnhöhlenoperation, bei dem ein Stück nekrotisch gewordener Hirnmasse in den linken Sinus hineingeragt hatte. Pat. ist geheilt.

J. S. Fraser erwähnt einen Fall von acuter doppelseitiger Stirnhöhleneiterung mit extra- und intraduralen Abscessen in der Frontalregion. Operation. Tod.

J. S. Fraser demonstrirt zwei Patienten nach Killian'scher Operation wegen Stirnhöhlen-Siebbeineiterung.

Malcolm Jargenharsoi demonstrirt 1. eine 41 jährige Frau mit intermittirendem wässrigem Ausfluss aus der linken Nase. Sie hat complette doppelseitige Neuritis optica und starke Kopfschmerzen. Pat. hatte einen Fall auf den Hinterkopf erlitten. Die Nase war normal. Der Fall wird als ein solcher von Rhinorrhoea cerebrospinalis angesehen.

2. Einen Pat. mit ausgedehntem Lupus der Nase, bei dem die Rouge'sche Operation ausgeführt war.

3. Einen Mann mit inoperablem Pharynxcarcinom, der mittelst Röntgenstrahlen und Radium mit zeitweiliger bedeutender Besserung behandelt war.

4. Eine junge Frau mit Naso-antralpolyp.

Logan Turner demonstrirt 1. eine 54jährige Frau mit einer den vorderen Theil des Nasenbodens einnehmenden Retentionscyste, die eine Anschwellung des linken Nasenflügels, der Oberlippe und Nasolabialfalte verursachte.

2. Einen Fall von Kehlkopftuberculose, bei dem die Dysphagie mit 85 proc. Alkoholinjectionen in den N. laryngeus superior bekämpft wurde.

II. Sitzung vom 20. Mai 1911.

Gehalten in Glasgow.

Vorsitzender: Dr. Thomas Barr.

Walker Downie demonstrirt 1. einen Patienten, bei dem vor 9 Jahren eine Injection von flüssigem Paraffin gemacht worden war. Die Deformität — Sattelnase — ist ausgeglichen.

2. Einen 20 jährigen Mann, der vor 5 Jahren wegen Sarkom des Siebbeins operirt wurde. Es wurden noch eine Reihe von Operationen hinterher vorgenommen, die letzte vor 15 Monaten; seitdem kein Recidiv.

3. Fall von doppelseitiger Posticuslähmung nach rechtsseitiger Pleuritis.

Stoddare Ban zeigt eine Methode, die Weichtheile zur Obliteration der Stirnhöhle nach Radicaloperation zu benutzen.

Fullerton und W. S. Syme demonstriren gleichfalls Patienten, die nach Killian mit gutem Erfolg operirt sind.

Brown Kelly demonstrirt 1. einen Patienten mit Syringo-Bulbie mit Erscheinungen von seiten der Nase, Pharynx und Larynx.

2. Einen 13 jährigen, an schwerer Myasthenie leidenden Knaben, dessen Sprache beeinträchtigt ist. Logan Turner.

---

d) Laryngo-otologische Gesellschaft München.

Sitzung vom 7. December 1910.

Rud. Hoffmann: „Localanästhesie in der Rhinolaryngologie."

Bezüglich der permucösen Anästhesie stellt H. das Cocain weit über Novocain und Alypin, dessen Indication wegen der hyperämisirenden Wirkung eine besondere ist. Bei Tonsillenoperationen empfiehlt sich die Infiltration der Kapselgegend neben der permucösen Anästhesirung der Oberfläche und der Nachbarschaft. Der Localanästhesie bei Adenotomie gegenüber verhält sich H. skeptisch, da der Schmerz durch Misshandlung der Basis, des Periostes, hervorgerufen wird, die doch ziemlich tief unter der bepinselten Oberfläche liegt, jedoch vielleicht mit langen Injectionsnadeln von Mund oder Rachen aus erreicht werden könnte. Die sehr wechselnde Algesie und die suggestive Wirkung ist bei der Werthung der Resultate wohl zu berücksichtigen.

Bezüglich des Zusatzes von Suprarenin zum Cocain macht H. darauf aufmerksam, dass Personen mit labilen Vasodilatatoren (Anaphylaktiker) oft mit einer heftigen Rhinorrhoe reagiren. Denselben Patienten ist auch Menthol unangenehm.

Bei sehr schmerzhaften Rachenaffectionen, wie Herpes, sind Einblasungen von Orthoform, Anästhesin und Cycloform wirksam, die der Phthisiker beim Schluckweh auch selbst mit dem von H. angegebenen Röhrchen inspiriren kann. Neben diesen ist die Staubinde von Nutzen. Ueber die Wirkung der Röntgenbestrahlung und der Thermopenetration, welch letztere er für sehr aussichtsreich hält, fehlte H. eigene Erfahrung.

Am wirksamsten ist die von H. angegebene Daueranalgesie des tuberculösen Larynx durch Alkoholinjection in den N. laryngeus superior. Die Methode hat sich auch in den Nachprüfungen von Sturmann, Freudenthal (New York), Grant (London), Levinstein und Roth bewährt. H. weist zum Schluss auf die Gefahr hin, die zuweilen in der Beseitigung des Schmerzes, als des Wächters am Thore der Gesundheit, liegt; die symptomatische Behandlung soll die Nothwendigkeit causaler Therapie nicht vergessen lassen. R. Hoffmann.

---

e) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. Januar 1911.

Vorsitzender: Key-Abery.

Vorsitzender begrüsst die anwesenden Gäste aus dem In- und Auslande (besonders die Herren Proff. Schmiegelow und Mygind und Herrn Docent Dr. J. Möller aus Kopenhagen) und berichtet über die Thätigkeit der Section während ihrer ersten 5 Jahre.

Der Schriftführer ladet die Section ein, die neue oto-laryngologische Klinik im Stadtkrankenhaus Sabbatsberg am Sonntag, den 29. Januar, zu besichtigen.

Arnoldson demonstrirte einen Patienten, der wegen einer Sinusitis frontal. chron. bilat. nach Killian operirt war, und bei dem die postoperative Deformität durch Paraffininjection verbessert war.

Arnoldson berichtete über einen Fall von Cancer laryngis und über einen Fall von Cancer der Trachea.

Sitzung vom 23. Februar 1911.

Vorsitzender: Weinberg.

Holmgren demonstrierte einen Fall von Cancer im Hypopharynx. Der Tumor war erst nach dem Hervorziehen des Kehlkopfes nach v. Eicken zu sehen.

Charlier referirte über Tonsillotomie und Tonsillectomie. (Discussion.)

Helgyström berichtete über Kuttner's soeben erschienene Arbeit über Syphilis in den Nebenhöhlen der Nase.

Sitzung vom 27. Februar 1911.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Nur Otologisches.

Sitzung vom 23. März 1911.

Vorsitzender: Klingspor.

Nur Otologisches.

Sitzung vom 27. April 1911.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Stangenberg berichtete über Dr. O. Strandberg's (aus dem Finseninstitut in Kopenhagen) Technik für die Behandlung vom Lupus nasi nach dem Pfannenstiel'schen Princip.

Heryng (Warschau) sprach über die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose.

5. Stangenberg demonstrirte einen eigenthümlichen und seltenen Fall von Pharyngitis ulcerosa. Strandberg berichtete etwas näher über diesen Fall und diagnosticirte ihn als eine Pharyngitis ulcerosa nervosa, die nach Freese und Döbblowitz unter mehreren Familienmitgliedern auftritt und sehr gern recidivirt.

Heryng sprach über das moderne Princip bei der Inhalationstherapie.

E. Stangenberg.

f) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Bukarest, Sitzung vom 11/24. Januar 1911.

Vorsitzender: Kugel.

Costiniu stellt einen Patienten mit Perforation des Gaumengewölbes im Niveau des II. linken Molaris vor, infolge deren eine Communication zwischen Mundhöhle und linker Kieferhöhle besteht, ferner eine Perforation der lateralen Kieferhöhlenwand links, die in den unteren Nasengang führt, und drittens einer Perforation im vorderen Theil der Nasenscheidewand. In der Anamnese nichts von Syphilis. Vor einem Jahr trat eine einen Monat lang anhaltende Schwellung der linken Wange auf, darauf zeigte sich mehrere Monate lang Ausfluss aus der linken Nase; gleichzeitig fielen die linken oberen Molares spontan aus. Die Frage ist, ob Lues oder Oberkieferhöhleneiterung.

Felix schlägt Blutuntersuchung und Hg-Behandlung vor.

Mayersohn stellt eine 23jährige Frau vor mit angiomatösem Tumor der Zunge. Der Tumor hat die Grösse einer grossen Nuss, nimmt das linke vordere Viertel der Zunge in ihrer ganzen Dicke ein und überschreitet die Mittellinie nur wenig. Auf seiner Oberfläche hat der Tumor ein erdbeerartiges Aussehen mit starker Hypertrophie der Zungenpapillen; die Unterfläche ist besät mit hämorrhagischen Punkten, von Zeit zu Zeit sieht man hier einen Blutfaden. Die linke Vena ranina ist sehr dilatirt und ihre Contouren verwischt. Patientin hat etwas Beschwerden beim Sprechen, besonders wenn der Tumor, was ungefähr zweimal im Jahr der Fall ist, congestionirt. M. hält den Tumor für angeboren, obwohl Patientin angibt, ihn erst seit ihrem achten Jahr beobachtet zu haben.

Felix hält den Tumor für ein Angiomyom und empfiehlt die Electrolyse.

Seligmann demonstrirt das Passow'sche Adenotom. Er hat es verschiedentlich gebraucht und danach jedes Mal lang anhaltende Blutungen gesehen. S. glaubt dies darauf zurückführen zu können, dass das Instrument die Adenoiden nicht von ihrer Basis abschneidet. Er widerrät den Gebrauch des Instruments als gefährlich.

Sitzung vom 8/21. Februar.

Mayersohn stellt eine 56jährige Frau, die rechts im Niveau des Oberkiefers einen mandarinengrossen und links im Niveau des Unterkiefers einen nussgrossen Tumor zeigt, der dem Knochen zu adhäriren scheint. Diese Tumoren sind seit circa 1/2 Jahr entstanden. An der hinteren Pharynxwand eine grosse Ulceration und desgleichen am rechten Rand eine bis an die Uvula reichende grosse Ulceration.

Felix meint, man könne an Aktinomykose oder Sporotrichose denken und rät zu einer mikroskopischen Untersuchung.

Costiniu schlägt die Wassermann'sche Reaction vor.

Constantinescu stellt einen 32jährigen Mann vor, der im Juli v. J. Lues acquirirt hatte, im December bekam er eine Halsentzündung. Im Militärhospital hielt man es für einen retropharyngealen Abscess und incidirte, aber ohne dass Eiter kam. Erhebliche Dysphagie. Man findet auf der Zungentonsille eine tiefe Ulceration. Was den angeblichen Retropharyngealabscess betrifft, so

glaubt C., dass es sich um eine specifische Infiltration einer retromaxillären Drüse mit einer in den Pharynx vorspringenden Periadenitis gehandelt habe. Er citirt einen analogen Fall seiner Beobachtung, wo eine solche Periadinitis von einem Chirurgen gleichfalls für einen Retropharyngealabscess gehalten und incidirt wurde.

L. Mayersohn.

---

g) Rhino-laryngologische Section des königl. ungar. Aerztevereins in Budapest.

I. Sitzung vom 28. Februar 1911.

Vorsitzender: A. Onodi.
Schriftführer: L. Simko.

1. M. Pauncz: Zwei operirte Fälle von Mucocele fronto-ethmoidalis.

In beiden Fällen negativer Nasenbefund, fluctuirende Geschwulst im rechten inneren Augenwinkel; Heilung durch die Killian'sche Radicaloperation. P. hat bis jetzt 5 Fälle operirt, die untere Wand der Stirnhöhle fehlte jedesmal, 4 mal fehlte auch die hintere Wand, die vordere Wand jedoch nur in einem Falle. Entzündungserscheinungen waren stets vorhanden, es ist also richtiger anstatt „Mucocele“ die von Killian vorgeschlagene Bezeichnung „Sinusitis frontalis chron. cum dilatatione“ anzuwenden. Die Operation ist sehr vereinfacht: ist die vordere Wand abgetragen und die Spange gebildet, dann ist die Radicaloperation fertig, da die untere Wand fehlt, und eine breite Communication mit der Nase kann auch ohne die Aufmeisselung des Proc. nasalis geschaffen werden.

2. M. Pauncz: Laryngitis submucosa acuta hypoglottica abscedens typhosa.

Nach Abklingen eines mit Pneumonie complicirten Typhus traten Heiserkeit und Dyspnoe auf. Rothe Emporwölbung rechts unter der gerötheten Stimmlippe. Bei der tiefen Tracheotomie hat sich der Abscess eröffnet und viel Eiter ist durch die Canüle sowie per os abgegangen. Heilung nach Intubation und Drainrohr, Dilatation. Einen gleichen Fall hat P. auch vor 4 Monaten beobachtet. Der rasche Eingriff war in beiden Fällen lebensrettend.

3. J. Safranek: Fall von Teleangiectasie.

Multiple Teleangiectasien der Zunge, der Gaumenbögen und des rechten Sinus pyriformis.

4. J. Safranek: Fälle von Kehlkopflupus.

Der erste Fall kann als primärer Kehlkopflupus betrachtet werden; die Lungen sind frei, im Sputum keine Bacillen. Bei den Patienten soll die Pfannenstiel-sche Therapie, bestehend aus innerer Darreichung von Jodnatrium und gleichzeitigen Ozoninhalationen angewendet werden.

E. Pollatschek ist für Aetzungen mit Trichloressigsäure.

E. Baumgarten erwähnt einen Fall von primärem Lupus des Kehlkopfes, welcher wegen Stenose tracheotomirt wurde. Die Patientin wurde später gravid und magerte rapid ab. Besserung nach künstlichem Abortus.

5. A. Onodi: Embryonale, retropharyngeale und Gaumencysten.

Das Präparat eines 8 Monate alten Fötus wird demonstrirt: die retropharyngeale Cyste ist 10 × 13 × 16 mm, die Gaumencyste 19 × 9 × 10 mm gross.

6. A. Onodi: Ueber den Recessus frontalis.

Der Recessus frontalis ist eine Tasche im vorderen oberen Theile des mittleren Nasenganges, unterhalb der Ansatzlinie der mittleren Muschel; diese Tasche ist häufig scharf umschrieben und enthält die Mündung des Ductus nasofrontalis. Ritter und Heymann nennen sie Infundibulum. Nun war aber früher mit dem Namen Infundibulum die tiefste Stelle des Hiatus semilunaris bezeichnet, es ist also richtiger, diese Bezeichnung in beiden Fällen fallen zu lassen.

Der Recessus frontalis fehlt zuweilen, und dann mündet die Stirnhöhle in den Hiatus semilunaris; die Stirnhöhle kann aber auch am Dache des mittleren Nasenganges oder oberhalb der Bulla ethmoidalis im Recessus bullaris oder durch Vermittelung einer vorderen Siebbeinzelle direct im mittleren Nasengange münden. Die erwähnten Verhältnisse werden an zahlreichen Präparaten demonstrirt.

7. A. Onodi stellt der Section die bereits in Betrieb gesetzten Localitäten der rhino-laryngologischen Universitätsklinik vor.

II. gemeinschaftliche Sitzung mit der chirurgischen Section, am 16. März 1911.

Vorsitzender: P. Kuzmik.
Schriftführer: A. Lipscher und G. Lobmayer.

A. Onodi: Die Freilegung der Schädelhöhle und des Gehirns durch die Nebenhöhlen der Nase.

O. legt die von ihm zusammengestellte Statistik vor, nach welcher als Complication der Nebenhöhlenempyeme in 106 Fällen ein Gehirnabscess aufgetreten ist, davon kommen auf die Stirnhöhle 82 Fälle, auf die Siebbeinzellen 11 Fälle, auf die Kieferhöhle 4 Fälle und auf die Keilbeinhöhle 1 Fall. Bei Stirnhöhlenempyemen heilten in 25 Fällen extradurale Abscesse, unter diesen ein Fall, wo ausserdem die explorative Gehirnpunction negativ war. In diesen Fällen war die cerebrale Stirnhöhlenwand 7 mal perforirt und 11 mal erkrankt. In den Fällen von Gehirnabscess war 20 mal die cerebrale Stirnhöhlenwand perforirt und die Stirnhöhlenwände waren in 57 Fällen erkrankt. In den meisten Fällen war der Sitz des Abscesses in dem Frontallappen, dreimal im Temporallappen, einmal im Pedunculus cerebri und einmal im Kleinhirn. Unter diesen 106 rhinogenen Gehirnabscessen heilten operativ 12 Fälle, in 29 Fällen war trotz der operativen Eingriffe kein Erfolg zu erreichen. Die Freilegung der Schädelhöhle durch die Siebbeinzellen ist in vivo hisher nicht ausgeführt worden.

O. bespricht die verschiedenen Methoden, welche die Freilegung des Hypophysengebietes bezweckten. Zwei nasale Methoden gelangten an mehreren Kranken zur Ausführung, durch die Keilbeinhöhle wurde mittelst Aufklappung der Nase extranasal von Schloffer und endonasal von Hirsch die Operation zuerst ausgeführt. Hirsch stellte in seiner Statistik 37 operirte Fälle zusammen, die O. noch mit 8 Fällen ergänzt. Unter diesen 45 Fällen sind 13 gestorben. Hirsch wandte

seine endonasale Methode in 7 Fällen an, in 6 Fällen vervollkommnete er seine Methode, indem er mittelst der submucösen Resection der Nasenscheidewand die vordere Wand der Keilbeinhöhle erreichte, und mit der Eröffnung der Keilbeinhöhle die Hypophysis freilegte und zwar in 5 Fällen mit einem Heilerfolge. O. erwähnt bei der extranasalen Hypophysectomie die Modification Koch's, welche darin besteht, dass nach der Aufklappung des Nasenrückens und mit der submucösen Resection der Nasenscheidewand die Keilbeinhöhle eröffnet und die Hypophysis freigelegt wird. Die endonasale Methode von Hirsch bedeutet einen grossen Fortschritt der Rhinologie. O. empfiehlt sowohl diese endonasale Methode als die Kocher'sche Modification. O. demonstrirt an 60 projicirten Bildern auf Grund seiner Untersuchungen die topographisch-chirurgische Verhältnissen der Nebenhöhlen zu der Schädelhöhle und zum Gehirn. Bezüglich der durch die Stirnhöhle auszuführenden Gehirnpunction zeigten seine Untersuchungen, dass dieselbe oberhalb des Bodens der vorderen Schädelgrube nicht über 18 mm ausgeführt werden soll, sonst kann die Nadel den seitlichen Gehirnventrikel und die Gehirnganglien treffen, unter dieser Höhe kann man 4 bis 5 cm nach hinten und lateralwärts vordringen, in diesem basalen Theile sitzt auch meistens der Abscess. An der convexen vorderen Frontallappenfläche im Gebiete der Stirnhöhle kann die Nadel 20 mm oberhalb der Schirmbasis in sagittaler Richtung nach rückwärts in einer Entfernung von 38—40 mm den seitlichen Gehirnventrikel und die Gehirnganglien treffen, aus diesem Grunde darf die Nadel nur 2—3 cm vordringen. Wenn man aber in der Nähe der motorischen Rindencentren im Gebiete des Gyrus centralis anterior oder der Capsula interna eindringen muss, dann kann die Nadel von der Gehirnbasis 4 cm nach aufwärts und rückwärts und eine Strecke weiter gegen das frontale 8,9 bis 10 cm entfernte Gebiet des Gyrus centralis anterior vordringen. Der in der Gehirnchirurgie bezeichnete untere Stirnpunkt befindet sich von der Mitte des Margo supraorbitalis 4 cm nach oben. Dieser untere Stirnpunkt fällt in den seltensten Fällen in das Gebiet der Stirnhöhle. Unter 1200 Schädeln fand O. nur 4 Fälle, in welchen die Stirnhöhle über diesen unteren Stirnpunkt sich ausgedehnt hat. Bezüglich der Hypophysectomie zeigten seine Untersuchungen, dass mehrmals der Hypophysenwulst in der Keilbeinhöhle fehlt und dass die Hypophysis hinter der hinteren Keilbeinhöhlenwand placirt ist. In einzelnen Fällen ist die Hypophysis im Gebiete der Keilbeinhöhle gar nicht zu treffen, ferner kann die Keilbeinhöhle von der Schädelhöhle durch eine 10—12 mm dicke Knochenschicht getrennt sein. An einem Präparat demonstrirt O. einen ausgesprochenen Hypophysentumor mit einem starken Hypophysenwulst und mit einer tiefen und breiten Keilbeinhöhle.

A. Gyergyai bringt in Erinnerung, dass seine directe Epipharyngoskopie die Entfernung der unteren und oberen Keilbeinhöhlenwand und das Erreichen der Hypophyse ermöglicht.

B. Alexander demonstrirt Röntgenbilder der Sella und der Hypophyse.

K. Lang ist gegen die intranasale Freilegung.

J. Safranek giebt die Schwierigkeit des intranasalen Weges zu, doch muss der Methode von Hirsch voll Beachtung und Anerkennung gewidmet werden.

A. Onodi. Die intranasale Hypophysectomie ist ein wesentlicher Fortschritt

der Chirurgie. Die Berechtigung dieser Methode wird auch von den Chirurgen anerkannt. Hirsch's Vorgehen ist nicht in jedem Falle anwendbar, in einzelnen Fällen ist Kocher's Verfahren zu befolgen.

III. Sitzung am 28. März 1911.

Vorsitzender: A. Onodi.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. L. Polyak. Fall von Totalexstirpation des krebsigen Kehlkopfes.

Im Spiegelbilde erschien nur die rechte Stimmlippe etwas verdickt und breiter, sie bewegte sich aber — ebenso wie die linke — ganz frei. Bei der Laryngofissur in Localanästhesie zeigte es sich, dass nicht nur beide Stimmlippen hochgradig krebsig waren, sondern der Tumor reichte bis zum II. Trachealringe. Totalexstirpation 8 Tage später. Die Wunde ist bereits verheilt.

D. v. Navratil: Die von Semon vorgeschlagene Laryngofissur giebt in jenen Fällen die besten Erfolge, wo der Krebs vorne auf eiue kleine Fläche localisirt und nicht verhornt ist.

Z. Donogány sah den Fall vor und während der Operation, laryngoskopisch war kaum etwas vom Tumor zu sehen und die Stimmlippen bewegten sich frei.

K. Láng ist kein Anhänger der Laryngofissur.

M. Pauncz: Die minder bösartigen Carcinome der Stimmlippen heilen auch mit Laryngofissur, diejenigen, welche die Stimmlippen überschreiten, sind mit partieller und totaler Exstirpation zu operiren.

2. E. Tóvölgyi: Ein Antroskoptroikart.

Dient zur Punktion, Besichtigung und Durchspülung der Kieferhöhle.

3. D. v. Navratil: Sollen wir nach endonasalen Eingriffen tamponiren?

Vortragender ist ein fester Anhänger der postoperativen Tamponade, denn es ist wichtig ambulant zu operiren, damit das grosse Krankenmaterial so einfacher erledigt werden kann. Die operative Behandlung beider Nasenhälften in einer Sitzung ist nicht angezeigt, im Falle wir die untere Muschel operiren, da wir niemals im voraus wissen können, wie viel wir vom Surplus der Muschel abgetragen haben. Postoperativ bestreicht v. Navratil die blutende Fläche der unteren Muschel und der Spina und Crista mit dem weissglühenden Electrocauter und tamponirt mit mit Mikulicz'scher Lapissalbe imprägnirter Gaze. Bei den übrigen endonasalen Eingriffen tamponirt er auf dieselbe Weise, ausgenommen, wenn das vordere Ende der mittleren Muschel behufs Ableitung des vom Sinus frontalis unter grossem Druck angesammelten Eiters abgetragen wird. Vortragender bemerkte seit 3 Jahren keinen üblen Geruch des Tampons, obwohl derselbe manchmal auch 8—10 Tage in der Nase liegt. Otitis media kam nicht vor, mässige Temperaturerhöhung nur selten, Nachblutung niemals, ebenso keine Adhäsionen und Hypergranulome.

K. Láng operirt nicht bilateral, tamponirt für 2—3 Tage, die Wunde wird nicht cauterisirt.

E. Tóvölgyi tamponirt mit in H_2O_2 getauchter Gaze; fragt, warum der Tampon 8—10 Tage liegen zu lassen ist?

L. Polyák operirt bilateral, womöglich alles in einer Sitzung, tamponirt niemals, hat seine Principien in der Versammlung des Vereins deutscher Laryngologen in Dresden 1910 vorgetragen. Operirt niemals ambulant. Seitdem er Denker's Vorschlag angenommen hat und die Patienten nach der Operation durch die Nase athmen lässt, bluteten von 52 operirten Fällen nur 2.

M. Paunez: In der Spitalspraxis muss man nicht tamponiren, in der ambulanten muss man es.

Z. Donogány: Operirt nur im Spital, tamponirt nicht.

E. Baumgarten tamponirt bei ambulanten Patienten.

D. v. Navratil: Die Paste hat eine heilende Wirkung, deshalb darf der Tampon länger liegen.

4. K. Láng. Fall eines choanalen Polyps, Antroskopie bei demselben.

Im Gegensatz zu Killian und Ino Kubo hat Láng gefunden, dass die sog. choanalen Polypen nicht zumeist, sondern nur selten von der Kieferhöhle ihren Ursprung nehmen. Er beruft sich auf 8 antroskopisch untersuchte Fälle, wo die Kieferhöhle leer war. Er stellt ein 13 Jahr altes Mädchen vor, demonstrirt, dass das Antrum leer ist, die mittlere Rhinoskopie zeigt, dass der Polyp am mittleren Nasengange entstanden ist.

5. A. Lengyel: Fall eines operirten choanalen Polypen.

Der Polyp inserirte an der linken Hälfte des Septums.

D. von Navratil hat einmal einen an den Vomer inserirten Polypen operirt.

IV. Sitzung am 25. April 1911.

1. L. Uthy: Operirter Fall eines Dermoids der Nasenwurzel.

2. E. Fichter: Fall von Pulmonolith.

Der Stein war ungefähr $30 \times 15 \times 8$ mm gross, und hatte die Form einer Drüse.

3. E. Baumgarten: Sehstörungen durch Nasenaffectionen bedingt.

Im ersten Falle ist eine beginnende Neuritis nach Entfernung von Ausstülpungen an der mittleren Muschel geheilt; im zweiten Falle ist eine retrobulbäre Neuritis nach der Resection einer grossen Bulla und Eröffnung der leeren Keilbeinhöhle, deren Schleimhaut infiltrirt war, gebessert. Recidive des Auges nach 6 Monaten; nachdem die Reste der Bulla entfernt worden sind, erfolgte Heilung in 4 Tagen.

A. Onodi: Bisher sind gegen 100 auf endonasalem Wege geheilte Fälle publicirt. Recidive sind nicht selten. Kennt einen Fall, der in einem verbreiteten Lehrbuch als geheilt erwähnt ist, jedoch sich später verschlimmerte.

4. A. Onodi: Die Stirnhöhle im Kindesalter und ihre Erkrankung.

O. giebt die genauen Grössenverhältnisse von 1 bis 19 Jahren an und demonstrirt die anatomischen Verhältnisse an seinen Präparaten; dann bespricht er die Fälle von Killian, Meyer, Preysing, Lange, Hoffmann und Tilley.

5. A. Réthi: Fall von Speichelstein.

6. J. Safranek: Lupus der Tonsille (Präparat).

Ausser an der entfernten linken Mandel keine lupöse Veränderungen in den oberen Luftwegen. Polyák.

---

h) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1911.

Vorsitzender: O. Chiari.

Braun stellt die höchst seltene Combination eines Carcinoms des linken Sinus piriformis mit den Folgen einer directen traumatischen Fractur des Schildknorpels vor.

O. Chiari demonstrirt einen nekrotischen Knochen, welchen er von der Glabella entfernte, nachdem vor 6 Monaten beiderseits die Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian ausgeführt worden war. Es dürfte sich empfehlen, bei beiderseitigem Killian mit verbindendem Bügelschnitt die vordere Wand der Glabella stets mit zu entfernen, da die Ernährung dieses Knochenfragments eine ungenügende ist.

Sitzung vom 8. Februar 1911.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein demonstrirt einen 59jährigen Mann, der an Stelle der Taschenbänder zwei glatte Wülste zeigt von normaler Schleimhautoberfläche, welche vollständig aneinanderliegen und wegen Stenosirung des Larynx die Tracheotomie nöthig machten. Für irgend eine specifische Affection kein Anhaltspunkt.

Discussion: Réthi sah ähnliche Fälle, wobei es sich um einen chronisch entzündlichen Process handelte ohne specifischen Charakter.

Braun stellt einen Fall von Tonsillarsklerose vor.

Marschik demonstrirt einen kirschgrossen Speichelstein des Ductus submaxillaris.

O. Chiari berichtet über einen Fall von Fremdkörper (Knochen) im linken Bronchus, welchen eine 34jährige Frau vor 5 Wochen aspirirt hatte. Mittelst der oberen Bronchoskopie entfernt.

Sitzung vom 8. März 1911.

Vorsitzender: O. Chiari.

Menzel stellt eine 20jährige Patientin mit unvollständiger doppelseitiger Atresie der vorderen Nasenöffnung vor, ausserdem besteht eine Communication des vorderen Nasentheiles mit dem Vestibulum oris in der Gegend der

Zwischenkieferöffnung und ein kreisrunder grosser Defect im Septum cartilagineum, der durch eine Hautbrücke halbirt ist. Der Vortragende erklärt diese Veränderungen als seltene Hemmungsbildungen.

Discussion: Glas und Roth fragen nach der Aetiologie der Narben im Gesichte, die Menzel im Schlusswort als Blatternarben bezeichnet.

Menzel stellt weiter zwei Patienten mit manifester Stirnhöhleneiterung vor, die auf conservativem Wege geheilt wurden. In beiden Fällen bestanden schwere locale Symptome, so u. a. eine deutlich fluctuirender periostaler Abscess in der Gegend in der Incisura supruorbitalis.

Discussion: Günstige Erfolge der conservativen Behandlung erwähnen noch Roth, Fein und Réthi.

Glas demonstrirt einen Patienten mit aneurysmatischer Erweiterung der rechten Art. pharyngea ascendens.

In der Discussion sprechen mehrere Herren sich in diesem Falle für eine einfache Verlagerung der Art. pharyng. ascend. aus, welcher Ansicht sich dann der Vorsitzende anschliesst.

Hutter stellt eine Patientin vor, bei welcher höchstwahrscheinlich auf tuberculöser Basis der Vomer, der Nasenboden, der harte und weiche Gaumen destruirt ist.

Discussion: Glas und Hirsch bezweifeln diese Aetiologie.

Hutter stellt einen Patienten mit Lichen ruber planus der Mundhöhle vor, gleichzeitig besteht die specifische Hautaffection an den Schienbeinen.

Kahler demonstrirt einen 33jährigen Patienten, bei dem er die septale Stirnhöhlenoperation nach Grünwald mit bestem Erfolge ausgeführt hat, nachdem nach den beiderseits durchgeführten Radicaloperationen der Nebenhöhlen nach Luc-Caldwell bezw. Killian Fisteln aufgetreten waren, die anders nicht zur Heilung zu bringen waren.

Kahler demonstrirt weiter einen Schädel mit Asymmetrie der Augenhöhlen aus dem pathologisch-anatomischen Institut. Der Schädel stammt von einem Erwachsenen, dem in frühester Jugend der linke Bulbus enucleirt wurde. Bedeutende Erweiterung der linksseitigen Nebenhöhlen mit entsprechender Verkleinerung der Orbita.

Hanszel.

IV. Briefkasten.

Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia.

Die XIV. Jahresversammlung der Gesellschaft findet vom 26. bis 28. October in Rom statt. Als Referat steht auf der Tagesordnung: „Werth der Inhalationstherapie der Athmungswege“. Referenten sind: Grazzi, Mancioli und Nicolai. Vorträge und Demonstrationen sind bis zum 20. September beim Vorsitzenden, Prof. C. Poli in Genua, anzumelden.

Personalnachrichten.

Prof. Lermoyez (Paris) ist zum Mitglied der Académie de Médecine ernannt worden; er ist unseres Wissens der erste Laryngologe, dem diese Ehre zu Theil wird.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.



Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, October. 1911. No. 10.

I. Nachklänge vom III. Internationalen Laryngo-Rhinologencongress.

Wenn wir auf den Berliner Congress einen flüchtigen Rückblick werfen und uns bemühen, aus den Eindrücken, die wir selbst empfingen, und den mannigfachen Meinungsäusserungen, die wir von den verschiedensten Seiten hörten, ein Gesammturtheil zu bilden, so, glauben wir, können wir dieses mit gutem Gewissen dahin abgeben, dass der Congress ein durchaus gelungener, sein Verlauf ein in jeder Hinsicht befriedigender war.

Es ist heute fast noch unmöglich, die reiche wissenschaftliche Ausbeute des Congresses, wie sie sich in den Referaten, Vorträgen und Discussionen darstellt, ganz zu übersehen und gehörig zu sichten; es würde zu Ungerechtigkeiten oder Unterlassungen führen, wollten wir aus der grossen Menge des Werthvollen und Originellen das Eine oder Andere herausgreifen. Wir hoffen, schon demnächst mit unserem Bericht über die Verhandlungen beginnen zu können, so dass unsere Leser bald in den Stand gesetzt sein dürften sich selbst ein Urtheil über das wissenschaftliche Ergebniss des Congresses bilden zu können. Eines aber kann man getrost schon heute behaupten: Wenn es überhaupt noch eines Beweises bedurft hätte, dass die Laryngologie Anspruch darauf machen kann, ihren Platz als selbstständiges und vollberechtigtes Glied unter den medicinischen Sonderdisciplinen zu behaupten, so hat der Verlauf dieses Congresses jenen Beweis in vollstem Maasse geliefert. Die Verhandlungen dieses Congresses haben von Neuem gezeigt, welche Fülle wichtiger und interessanter Probleme das Arbeitsgebiet unseres Faches umfasst, wie vielfach die Brücken sind, die es mit allen Gebieten der Medicin verknüpfen, wie viel kostbares Gestein in bisher noch unerschlossenen Gängen des Abbaus harrt.

Dass die internationalen Laryngologencongresse einem allgemeinen Wunsch und Bedürfniss entsprechen, dafür zeugte die grosse Zahl der Theilnehmer. Für den II. Internationalen Congress in Wien war seine Verknüpfung mit der 50jährigen Gedenkfeier an Türk und Czermak als werbendes Moment mit in Betracht gekommen, sowie der Umstand, dass es seit fast 30 Jahren wieder die erste internationale Zusammenkunft der Laryngologen bildete. Beides fiel für Berlin fort und doch war die Theilnehmerzahl noch um etwas höher als seiner Zeit in Wien; sie betrug 438.

Die einzelnen Nationalitäten waren wie folgt vertreten:

Deutschland	153
Russland	57
Amerika	37
Oesterreich	37
Frankreich	25
Grossbritannien	22
Niederlande	16
Spanien	15
Ungarn	15
Italien	11
Dänemark	11
Rumänien	8
Schweden	7
Belgien	5
Schweiz	4
Südamerika	3
Japan	3
Kleinasien	2
Bulgarien	2
Norwegen	1
Canada	1
Habana	1
Australien	1
Türkei	1
	438.

Es ist nicht zum Mindesten der umsichtigen und energischen Leitung Seitens des Vorsitzenden, dessen bis zur letzten Minute anhaltende Frische und Rüstigkeit allerseits bewundert wurde, zu danken, dass es gelang, das Anfangs fast unmöglich Erscheinende doch zu erreichen, nämlich die ganze ausser den Referaten nicht weniger als 130 Vorträge nebst Discussionen umfassende Tagesordnung genau innerhalb der festgesetzten Zeit zu erledigen. Nur dadurch, dass mit aller Strenge darauf gesehen wurde, dass

die bisweilen hart erscheinende, bei näherer Betrachtung aber ganz unumgängliche Beschränkung der Redezeit innegehalten wurde, konnte jenes bei Congressen mit reicher Tagesordnung so seltene Ergebniss erzielt werden.

Noch ein anderer Umstand hat unseres Erachtens wesentlich dazu beigetragen, den Gang der Verhandlungen zu vereinfachen und ihre glatte Abwicklung zu ermöglichen, das ist die von der Berliner Congressleitung durchgeführte Neuerung, die an dieser Stelle oft angelegentlichst empfohlen wurde, von der Wahl der Ehrenpräsidenten Abstand zu nehmen. Abgesehen davon, dass manche bei Innehaltung jener Institution fast unvermeidlichen Reibereien und Eifersüchteleien vermieden wurden, war dadurch, dass der fortwährende Wechsel im Präsidium fortfiel, entschieden auch eine grössere Einheitlichkeit und Straffheit in der Leitung der Verhandlungen gewährleistet.

Bereits am Tage vor Eröffnung der Sitzungen war die Ausstellung eröffnet und den Theilnehmern zugänglich gemacht worden. Sie zerfiel in zwei vollständig von einander getrennte Abtheilungen: eine wissenschaftliche Ausstellung, deren Zweck sein sollte, zwei wichtige Gebiete unserer Disciplin, die diesmal den Gegenstand von Referaten bildeten, nämlich die Phonetik und die directen Untersuchungsmethoden, zu veranschaulichen, und eine industrielle Ausstellung, die den Instrumentenhändlern etc. Gelegenheit geben sollte, ihre neuesten auf unser Fach bezüglichen Erzeugnisse den Theilnehmern vorzuführen. Erfüllte dieser letztgenannte Theil der Ausstellung dank der Betheiligung einer grossen Anzahl der bedeutendsten in Betracht kommenden Firmen seinen Zweck in ausgezeichneter Weise, so ist kein Wort der Anerkennung zu hoch gegriffen für die geradezu mustergültige Art, in der die Herren Gutzmann und Heymann der ihnen anvertrauten Aufgabe gerecht wurden, die wissenschaftliche Ausstellung zu veranstalten, die ein abgerundetes und anschauliches Bild von der Entwicklung der beiden in Betracht kommenden Gebiete gab. Es ist nur zu bedauern, dass das reiche und kostbare Material, das die genannten Herren, unterstützt von einem Stabe von Mitarbeitern und dank der Bereitwilligkeit der Aussteller, mit so grossen Mühen von überall her zusammengetragen haben, so bald schon wieder in alle Winde zerstreut werden musste. Einen bleibenden Wert besitzt der Katalog der wissenschaftlichen Ausstellung, der — 232 Seiten stark und mit einer grossen Anzahl von Abbildungen versehen — sich nicht mit einer trockenen Aufzählung der ausgestellten Gegenstände begnügt, sondern aus einer Reihe ausgezeichneter Aufsätze, die die Herren Musehold, Grabower, Scheier, Panconcelli-Calzia, Gutzmann, Heymann, Gottstein und Mann zu Verfassern haben, besteht und einen vollständigen Leitfaden durch die betreffenden Gebiete darstellt.

Die Eröffnungssitzung trug das bei solchen Gelegenheiten übliche feierliche Gepräge. Es wohnte ihr auch der Protector des Congresses, S. Kgl. H. Prinz August Wilhelm von Preussen bei. B. Fränkel eröffnete als Vorsitzender den Congress mit einer einleitenden Rede, in der er nach einem Rückblick auf die beiden vorangegangenen Internationalen Laryngologencongresse — in Mailand und Wien — die Entwicklung unseres Faches in grossen Zügen schilderte und auf dessen weitere Aufgaben und Ziele hinwies. Seine Rede klang in die Hoffnung aus, dass nun auch der Bruderzwist mit der Otologie endlich ein Ende finden möge. Dann gab Rosenberg, der unermüdliche Schriftführer des Congresses, dessen unerschütterliche Ruhe und stets gleichmässige Freundlichkeit allen Anstürmen und Anforderungen Stand hielt, eine Darstellung der Vorbereitungen zu dem Congress und eine Reihe geschäftlicher Mittheilungen. Es folgten Begrüssungsansprachen Seitens eines Vertreters des Ministeriums und des Bürgermeisters der Stadt Berlin; den Schluss der Einleitungsfeierlichkeiten bildeten die Ansprachen der Vertreter verschiedener Regierungen.

Ein Theil der zweiten Vormittagssitzung wurde der Erörterung geschäftlicher Angelegenheiten gewidmet. Zunächst stattete Herr Chiari als Vorsitzender des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse einen Bericht über das Ergebniss einer am Vorabend des Congresses stattgehabten Sitzung des Comités ab und der Unterzeichnete als Schriftführer des Comités erstattete über dessen bisherige Thätigkeit Bericht. Sämmtliche Vorschläge, die das Comité unterbreitete, fanden die Zustimmung des Plenums. Ueber den Verlauf der Comitésitzung sowie über die in dieser gefassten und dann vom Plenum des Congresses gebilligten Beschlüsse finden unsere Leser einen ausführlichen Bericht in dem Briefkasten dieser Nummer. Hier sei nur mitgetheilt, dass der Vorschlag, eine Einladung der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft zur Abhaltung des nächsten Congresses im Jahre 1915 in Kopenhagen anzunehmen, allgemeine Zustimmung fand.

In derselben Sitzung wurde ferner über einen Vorschlag Alexander's beraten, zur Erforschung der vielen in Bezug auf die Ozaena noch in Dunkel gehüllten Fragen eine internationale Sammelforschung einzuleiten. Alexander hatte seinen Vorschlag in einer ausführlichen Denkschrift, die den Congressmitgliedern zugestellt worden war, wissenschaftlich begründet. Sein Vorschlag fand, wenn auch die vielen gerade bei der Ozaenafrage einer solchen Sammelforschung entgegenstehenden praktischen Schwierigkeiten nicht verkannt wurden, lebhafte Zustimmung und es wurde beschlossen, zunächst eine vorbereitende Commission zu erwählen, die mit der Aufgabe betraut werden sollte, die nöthigen ersten Schritte zur Einleitung der Sammelforschung zu treffen. Zu Mitgliedern dieser Vorbereitungs-

Commission wurden die Herren Alexander, Rosenberg und Grabower gewählt.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, ein wie glänzender äusserer Rahmen den Verhandlungen durch die dem Congress zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten gegeben war. Die gesammten prächtigen Räume des preussischen Herrenhauses waren von dessen Präsidenten der Congressleitung zur Benutzung überlassen worden, vor allem der schöne Sitzungssaal, dessen gediegene Pracht und Bequemlichkeit und — last but not least — ausgezeichnete Akustik allgemeine Anerkennung fanden, sondern auch die grossen und zweckmässigen Räume für die Ausstellung, Festsäle, Wandelhallen, Berathungszimmer, Leseräume, Erfrischungsräume und ein herrlicher Garten mit plätschernder Fontaine und alten, schattenspendenden Bäumen.

Es erübrigt noch ein paar Worte zu sagen über die geselligen Veranstaltungen, die dazu bestimmt waren, den Congresstheilnehmern nach der ernsten Arbeit in den Sitzungen die nöthige Erholung zu verschaffen und ihnen Gelegenheit zu ungezwungenem, persönlichem Verkehr untereinander zu geben. Ist doch der Werth derartiger Veranstaltungen, der darin liegt, dass die Berufsgenossen von überall her sich persönlich nähertreten, neue Freundschaften schliessen und alte wieder erneuern, gewiss nicht gering zu veranschlagen, und wenn wir die mannigfachen Aeusserungen von auswärtigen Collegen nicht nur als Ausfluss ihrer Höflichkeit, sondern als den wirklichen Ausdruck ihrer Ueberzeugung auffassen dürfen, so können wir glauben, dass auch dieser Theil des Berliner Congresses allen billigen Anforderungen entsprochen hat.

So sei denn getreulich berichtet, dass ein Begrüssungsabend in den prächtigen Festsälen des Herrenhauses stattfand, dass an einem Abend die Stadt Berlin den Congresstheilnehmern und ihren Damen die Ehre erwies, sie im Rathhause an blumengeschmückten Tafeln höchst opulent zu bewirthen, dass der letzte Abend die grösste Zahl der noch Anwesenden zu einem sehr gemüthlichen Bierabend und kalten Büffet vereinte. Besonders eine Veranstaltung aber erfreute sich ganz besonders allgemeiner Anerkennung und dürfte Allen, die daran theilgenommen haben, noch lange im Gedächtniss bleiben. Das war der von der Berliner laryngologischen Gesellschaft veranstaltete Ausflug nach Potsdam und den Havelseeen. Die Theilnehmer wurden mit der Bahn nach Potsdam geführt, dort warteten ihrer drei bewimpelte Dampfer, auf denen sie — begünstigt vom herrlichsten Wetter — die Havel und ihre seeartigen Ausbuchtungen entlang nach Wannsee fuhren. Es war so unseren auswärtigen Gästen Gelegenheit gegeben, einen Einblick in die stillen Schönheiten unserer so oft mit Unrecht geschmähten Mark zu thun. In Wannsee wurde den Ausflüglern ein länd-

liches Abendbrot geboten, und dann wurde ein vom Collegen Peyser verfasstes humoristisches Spiel aufgeführt, das in Form einer Parodie auf Wilde's „Salome" eine ungemein drastische und höchst gelungene Verspottung der Operationswuth der Rhinologen und speciell des mit der Septumresection getriebenen Missbrauches darstellte und — von Berufsschauspielern meisterhaft aufgeführt — wahre Lachstürme entfesselte und dem Verfasser reichen, wohlverdienten Beifall einbrachte. Wahre Kabinettsstückchen der Uebersetzungskunst bildeten zum Theil die den Zuhörern gedruckt überreichten Uebertragungen des Textes in das Französische und Englische.

Zum Schluss darf nicht vergessen werden, dass ein aus Berliner Damen bestehendes Comité es sich auf das Beste hatte angelegen sein lassen, für Zerstreuung und Vergnügen der auswärtigen Damen, die in grosser Zahl erschienen waren, zu sorgen.

So darf der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, dass der Berliner Congress seinen Aufgaben in allen Theilen gerecht geworden ist und dass ihm bei allen Theilnehmern ein angenehmes Andenken sicher sein wird.

Finder.

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Castroverde** (Malaga). **Ein Fall von Actinomycose des Halses und Gesichtes. (Un caso de actinomicosis cérvico-facial.)** *Anales de medicina y cirurgia de Málaga. April 1911.*

Der Fall heilte unter Darreichung von Jodkali, Eröffnung der Abscesse und Jodapplication in die Fisteln.

TAPIA.

2) **Matti** (Bern). **Ueber einen Fall von Fistula colli mediana, hervorgegangen aus einem in ganzer Länge offen gebliebenen Ductus thyreoglossus.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 95. 1911.*

Der vollständig offene Gang reichte vom Foramen coecum bis zur Spitze des Proc. pyramidalis der Schilddrüse. Zur Oeffnung des Canales nach aussen (Fistelbildung) ist es secundär durch entzündliche Einschmelzung der Wand des Ductus im Anschluss an die Bildung einer umschriebenen Retentionscyste gekommen. Der Gang wurde bis an eine $1/_2$ cm von der Zungenoberfläche entfernt liegende Stelle freigelegt, hier unterbunden und dann resecirt. Heilung.

SEIFERT.

3) **Konried** (Edlach). **Zwei Fälle von Jodfieber.** *Med. Klinik. No. 26. 1911.*

Bei einer 33jährigen Frau war nach längerer Application von Jodsalbe auf die Halsgegend unter Fiebererscheinungen eine acute circumscripte Thyreoiditis aufgetreten.

SEIFERT.

4) **R. J. Giffin. Die Untersuchung von Nase und Hals in Beziehung zur allgemeinen Diagnose. Erfolge bei Asthma nach Nasenoperationen. (The examination of the nose and throat in relation to general diagnosis. Result in asthma following nasal operation.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 16. Februar 1911.*

Verf. hat 52 Fälle von Asthma mit Amputation der unteren oder mittleren Muschel oder Extraction von Polypen behandelt. Zwei starben an unbekannter Krankheit, bei zwei war das Befinden schlechter als zuvor, bei 13 trat keinerlei Veränderung ein, 30 wurden definitiv erheblich gebessert, 5 betrachteten sich selbst als geheilt, so dass eine Besserung bei 57 pCt., eine Heilung bei 10 pCt. erzielt wurde.

EMIL MAYER.

5) **James Allen Patterson. Der gegenwärtige Stand der Vaccinetherapie bei Nasen-, Hals- und Ohrkrankheiten. (The present status of vaccine therapy in diseases of the nose, throat and ear.)** *The Laryngoscope. September 1910.*

Verf. erzielte ausgezeichnete Resultate bei acuten und chronischen Oberkieferempyemen, bei denen er in einem sehr hohen Procentsatz durch Vaccinetherapie völlige Heilung erzielte; dagegen versagte die Behandlung bei chronischen Stirnhöhleneiterungen fast völlig.

EMIL MAYER.

6) **N. Rh. Blegvad. Vibrationsmassage bei Nasen- und Rachenleiden. (Vibrationsmassage ved Lidelser i Naese og Sirely.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 22. 1911.*

Verf. hat bei 56 Kranken, die ein Nasen- und Rachenleiden hatten, gute Resultate mit Storch's Apparat erzielt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

7) **Hicguet** und **Fallas. Drei Fälle von Syphilis der oberen Luftwege behandelt mit Arsenobenzol. (Trois cas de syphilis des voies aériennes supérieures traités par l'arsénobenzol.)** *La Policlinique. No. 10. 1911.*

Der gleiche Gegenstand, wie der Separatabdruck vom niederländischen oto-rhino-laryngologischen Congress zu Utrecht 1910, vorgetragen in der Sitzung vom 28. April 1911 der Poliklinik.

BAYER.

8) **A. Fallas** und **G. Hicguet. Das Arsenobenzol in der Behandlung der Syphilis der oberen Luftwege. (L'arséno-benzol dans le traitement de la syphilis des voies aériennes supérieures.)** *Separatabdruck, Imprimirie Médic. Severeyns. 1911.*

Mittheilung von 3 Fällen, bei welchen nach vorausgegangener fruchtloser Intensivbehandlung mit Quecksilber und Jod durch Arsenobenzolinjection sehr günstige Resultate erzielt wurden. Für die Autoren bildet das Arsenobenzol ein vorzügliches Vernarbungsmittel für tertiäre Läsionen der Schleimhäute der oberen Luft- und Verdauungswege, und sind sie der Ansicht, dass man augenblicklich im Falle von Nichterfolg mit der alten Behandlung und im Falle dringender Noth das Recht habe, dazu zu greifen. Nach Heilung der Läsionen und Zuwarten von einigen Wochen nehmen sie bei ihren Kranken die combinirte und intermittente alte Methode wieder auf.

BAYER.

9) **Ove Strandberg. Ueber die Bedeutung der Wassermann-Reaction in der Rhinologie. (Om Wassermann-Reaktionens Betzding i Rhinologien.)** *Hospitalstidende. No. 20. 1911.*

Auf Grund eines Falles zieht Verf. den Schluss, dass, da die histologische Unterscheidung zwischen Lupus und Syphilis der Nasenschleimhaut oft unmöglich sei und da man dies auch von der klinischen Unterscheidung sagen könne, so sei die Wassermann'sche Reaction ein unentbehrliches Hülfsmittel bei der Diagnose. Allerdings sei nicht ausgeschlossen, dass beide Krankheiten gleichzeitig vorhanden seien, aber dies sei doch äusserst selten der Fall.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

10) **Tetens Hald. Eine einfache Methode zur Bekämpfung gewisser Formen von Schlingschmerzen. (Een simpel Metode til Bekaempelse af wisse Former af Synkesmerter.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 14. 1911.*

In 32 von 46 Fällen von inflammatorischen Leiden der Tonsillen und ihrer Umgebung hat Hald die Schlingschmerzen dadurch vermindert oder ganz beseitigt, dass er einen starken Druck vor dem Tragus oder hinter dem Ohre mit einem dazu hergestellten Apparat ausgeübt hat. Seiner Meinung nach ist die Wirkung darauf zurückzuführen, dass durch den Druck ein kräftiger Gegenreiz auf einem Hautgebiet stattfindet, dessen sensitive Nerven in intimer centraler Verbindung mit den sensitiven Nerven der Tonsillen stehen.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

11) **P. Esch** (Greifswald). **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des wirksamen Bestandtheiles der Nebennieren in Verbindung mit Localanaestheticis.** *Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie.*

Novocain, Alypin und besonders Cocain erfahren eine Vergrösserung der peripheren narkotischen Wirkung durch Zusatz von Adrenalin. Diese höhere lähmende Wirkung des Anästheticums + Adrenalin muss auf einer specifischen Beeinflussung des Nervengewebes durch das Adrenalin beruhen, da die Anämie von vornherein für beide Nerven des jedesmaligen Parallelversuches eine gleiche war. Adrenalin mit Tropacocain combinirt ergiebt keine gesteigerte Anästhesie.

WILH. SOBERNHEIM.

12) **A. Froehlich** und **O. Löwi** (Wien). **Ueber eine Steigerung der Adrenalinempfindlichkeit durch Cocain.** *Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie.*

Durch Versuche an Blutgefässen, am Auge, an der Harnblase der Katze und an der Speicheldrüse gelangen Verff. zu der Annahme, dass an sich ganz unwirksame Gaben von Cocain in hohem Maasse die Adrenalinwirkung steigern, und zwar nach Intensität und Dauer. Diese Thatsache fordert zur Anwendung dieser Combination in der Praxis auf.

WILH. SOBERNHEIM.

13) **L. van den Wildenberg. Vorstellung von Kranken und Vorzeigen anatomischer Präparate. (Présentation de malades et de pièces anatomiques.)** *Seperatabdruck aus den Annalen der med. Gesellschaft von Antwerpen. Heft vom November u. December 1910.*

1. Fremdkörper mit Erstickungserscheinungen (Nussschale) im rechten Bronchus eines 7 Monate alten Kindes; Extraction unter Bronchoskopie; Vorstellung des geheilten Kindes.

2. Künstliches Gebiss im Oesophagus (35 cm von der Zahnreihe entfernt); Extraction vermittelst Oesophagotomie; Krankenvorstellung.

3. Vollständige Oesophagusobstruction durch ein voluminöses Knorpelcondylom; Heilung durch die Oesophagoskopie.

4. Neuer Fall von Laryngostomie; Vorstellung des Operirten.

5. Totale Laryngectomie und Pharyngectomie (mit Entfernung der Carotislymphdrüsen) in einer Sitzung bei einem 70jährigen Mann wegen Krebs; Vorstellung des geheilten Patienten und im Anschluss daran eine kurze Berücksichtigung und Auseinandersetzung der von von Eicken im Jahre 1907 erdachten Methode der Hypopharyngoskopie.

BAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Srebrny. Ueber das knöcherne Septum im Naseneingange. (Przegroda kostna w nozdrzu.)** *Medycyna. No. 16. 1911.*

Ein 14jähriger Knabe leidet von der Geburt an an Verstopfung der rechten Nasenhöhle. 6 cm von dem Eingang in die rechte Nasenhöhle ein knöchernes Septum. Eine Asymmetrie des Gesichts und eine Missbildung des Rückgrats und des Beckens war nicht vorhanden.

A. v. SOKOLOWSKI.

15) **R. Gruner** (Posen). **Die Nasenscheidewandverbiegung beim Soldaten und ihre operative Behandlung.** *Deutsche militärärztl. Zeitschrift. Heft 14. 1911.*

Die Untersuchungen, die Verf. an 400 Soldaten vornahm, hatten folgendes Ergebniss: Nahezu geradestehende Septa hatten 57, Verbiegungen 343, davon Verbiegungen mit Leisten- oder Dornenbildung 87 Mann. Bei 44 Verbiegungen sprach das Aussehen für eine traumatische Entstehung, aber nur in 13 dieser Fälle wurde von dem betreffenden Mann ein Trauma als Entstehungsursache angegeben. Unter den 343 Deviationen bestand erschwerte Nasenathmung bei 23, Katarrhe der oberen Luftwege bei 25, grobe Veränderungen am Gehörapparat bei 7, am Thränenapparat bei 3, nervöse Störungen ohne Nebenhöhlenaffectionen bei 6 Fällen. Im Ganzen war also die Zahl der Träger von Verbiegungen mit Störungen bezw. Beschwerden im Vergleich zu der Gesammtzahl der mit Deviationen Behafteten sehr gering.

Zum Schluss giebt Verf. eine tabellarische Uebersicht über 18 von ihm mit der submucösen Resection operirte Fälle; in Bezug auf die Indicationsstellung ist zu erwähnen, dass in 8 Fällen die Geradestellung des Septums wegen Nebenhöhleneiterung vorgenommen werden musste. Verf. rühmt die Vortheile der Brünings'schen Gummischwammtamponade. Der Erfolg war in allen Fällen ein ausgezeichneter.

FINDER.

16) **Sargnon** (Lyon). **Traumatische Deviation der Nasenscheidewand, submucöse Resection von Knorpel und Knochen. Heilung. (Déviation traumatique de la cloison; résection sous-muqueuse cartilagineuse et osseuse. Guérison.)** *Lyon médical. 16. April 1911.*

Verf. benutzt den sehr schwierigen Fall, in dem es nöthig war, die Resection des ganzen Gaumens zu machen, um sein Verfahren zu beschreiben. Er hält sich im Ganzen an die Killian'sche Methode. Im Gegensatz zu Killian führt er die Operation auch bei kleinen Kindern aus (in einem Fall bei einem von 3 Jahren), ohne dass er je nachtheilige Folgen gesehen hat. GONTIER de la ROCHE.

17) **Myron Metzenbaum. Submucöse Resection zur Correction von Septumverbiegungen nebst Beschreibung von des Autors speciellen Instrumenten. (Submucous resection for the correction of septum deflections with a description of the authors special instruments.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Verf. giebt vor der Operation Scopolamin; ausser seinen anderen Vorzügen soll dies eine zu schnelle Resorption des Cocains verhindern und durch seine Wirkung auf die Herzganglien das Herz gegen die toxischen Einwirkungen des Cocains schützen. Verf. bedient sich zur Operation biegsamer Instrumente eigener Erfindung. EMIL MAYER.

18) **Halle** (Berlin). **Zu Löwe's Ausführungen zu meiner Publication (Diese Monatsschr. Bd. 44. Heft 10): Orale oder nasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 45. S. 160. 1911.*

H. hält an seinem früheren Standpunkt fest, dass im Allgemeinen das Löwe'sche Verfahren bei Septumdeviationen der nasalen Methode nicht vorzuziehen ist. OPPIKOFER.

19) **Rufus B. Scarlett. Ein wahres Papillom der Nasenscheidewand. (A true papilloma of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. August 1910.*

Bericht über zwei Fälle. Der eine betraf einen 22jährigen Mann, der andere eine 19jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung, deren Resultat Verf. mittheilt, zeigte in beiden Fällen, dass es sich um wahre Papillome handelte.

EMIL MAYER.

20) **Hubert Arrowsmith. Ein Fall von wahrem Papillom der Nasenscheidewand. (A case of true papilloma of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Mittheilung eines ein 12jähriges Mädchen betreffenden Falles nebst der mikroskopischen Diagnose. EMIL MAYER.

21) **Blatt** (Nowy-Boug). **Zur Pathogenese der Nasenpolypen.** *Dissertation. Bern 1911.*

Durch mikroskopische Untersuchung von 10 Fällen entwässerter und mit Ol. origini aufgehellter, in Canadabalsam aufbewahrter Polypen gewann Verf. folgende Ergebnisse: Es liegt bei weitem nicht immer ein Empyem zu Grunde. In der Mehrzahl der Fälle sei jedoch der infolge von Infectionskrankheiten u. a. m. entzündete Muschelknochen als primäre Entzündungsstelle anzusehen und deshalb

nach Möglichkeit mit zu zerstören. Eine besondere Disposition für Polypenbildung dürfe angenommen werden.

JONQUIÈRE.

22) **D. A. Prendergast** und **W. J. Abbott. Fibröse Nasenpolypen. (Fibrous nasal polypi.)** *Cleveland Medical Journal. Januar 1911.*

Fibröse Polypen kommen nicht in so grosser Anzahl vor, wie die Schleimpolypen. Sie haben ihren Ursprung in den tieferen Geweben der Nase, sind gewöhnlich sehr gefährlich und können auch in situ bluten. Sie wachsen sehr schnell, können durch Nekrose und Knochenresorption, in seltenen Fällen auch äussere Deformirung des Gesichtes bewirken.

EMIL MAYER.

23) **Rivière** (Lyon). **Voluminöser Schleimpolyp. (Volumineux polype muqueux.)** *Lyon médical. 23. April 1911.*

Der Polyp wog 20 g; beachtenswerth ist die Thatsache, dass er aus der Nase eines 6jährigen Mädchens extrahirt wurde. Keine äussere Deformation.

GONTIER de la ROCHE.

24) **J. H. Güntzew. Nasenosteom. (Nasal osteoma.)** *N. Y. Medical Record. 3. Juli 1910.*

G. berichtet über einen Fall; er sagt zum Schluss, dass, wenn die Diagnose vor der Operation gestellt worden wäre, die Röntgenstrahlen ein ausgezeichnetes Mittel gewesen wären. In dem mitgetheilten Fall ist bemerkenswerth, dass, obwohl das Osteom sehr gross war und durch seinen Druck zu Atrophie und Resorption des Knochens geführt hatte und obwohl die Kieferhöhle mit Eiter erfüllt und ihre Schleimhaut hochgradig degenerirt war, doch keine Störungen oder besonderen klinischen Symptome bestanden.

EMIL MAYER.

25) **Gault. Adenom der linken Nasenhöhle. (Sur un cas d'adénome de la fosse nasale gauche.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 1911.*

Langsames Wachsthum des Tumors (über drei Jahre). Fehlen von Schmerz und Blutungen sprachen gegen die Malignität des Tumors, wenngleich die grosse Ausdehnung desselben (bis zur Lamina cribrosa) und der klinische Anblick im Zweifel lassen konnten. Histologisch erwies sich der Tumor als ein einfaches Adenom. Operation mit Moure'schem Schnitte. Günstiges kosmetisches Resultat.

LAUTMANN.

26) **Schwerdtfeger** (Erlangen). **Beitrag zur Pathologie und Therapie der Chondrome der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. III. S. 581. 1911.*

Das Enchodrom, das Verf. beschreibt, hatte eine Grösse von 6 : 3 : 5 und fand sich bei einem 16jährigen Fabrikarbeiter. Die Geschwulst war im rechten oberen Augenwinkel und im mittleren Nasengang sichtbar und wurde durch Kombination der Killian'schen Stirnhöhlenoperation mit der Denker'schen Tumorenoperation entfernt. Mikroskopischer Befund. 5 Monate nach der Operation kein Recidiv.

OPPIKOFER.

27) **Neil Maclay. Endotheliom des Stirnbeins. (Endothelioma of the frontal bone.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. Juni 1911.*

Es handelte sich um einen 67jährigen Mann, bei dem eine ursprünglich in der rechten Stirnhöhle entspringende Geschwulst den grössten Theil der vorderen Sinuswand zerstört und auch die hintere Wand durchdrungen hatte. Tod erfolgte in drei Monaten unter Hirnerscheinungen. Die histologische Untersuchung ergab Endotheliom.

A. J. WRIGHT.

28) **Wme. D. Black. Cylindrom der Nasenhöhle; Bericht über einen Fall. (Cylindroma of the nasal cavity with report of a case.)** *Médical Review. October 1910.*

Dieser Tumor ist von sarkomatösem, endothelialem oder carcinomatösem Typus; er ist nicht bösartig, insofern er nur selten zum Tode führt und dann auch nur dadurch, dass er sich auf unzugängliche Theile ausbreitet oder eine Umgestaltung in einen bösartigen Tumor erleidet. Die Diagnose ist schwer und erfordert einen erfahrenen Pathologen. Auf den ersten Blick gleicht das mikroskopische Bild ganz dem des Carcinoms, bei genauerer Untersuchung sieht man jedoch Unterschiede: Die allgemeinen hyalinen Veränderungen des Bindegewebes, die Massen des zwischen die Zellen ausgeschiedenen Materials, das Fehlen des Polymorphismus der Zellen und das Fehlen der degenerativen Veränderungen in diesen.

EMIL MAYER.

29) **Nepveu. Ueber die maxillären Choanalpolypen. Beobachtung eines Falles mit gleichzeitigem choanalen Fibromyxom. (Sur les polypes choano-maxillaires. Observation d'un cas coïncidant avec un fibro-myxome choanal.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. April 1911.*

Vom casuistischen Interesse abgesehen erscheint uns in diesem Aufsatze der Vorschlag des Autors berücksichtigenswerth, die Choanalpolypen, deren Stiel sich in die Kieferhöhle verfolgen lässt, als maxilläre Choanalpolypen zu bezeichnen. Praktisch von Vortheil, weil die Aufmerksamkeit durch die Bezeichnung darauf gelenkt wird, dass solche Polypen eine andere Extractionsmethode verlangen, wie die gewöhnlichen Polypen, auch wenn diese sich in den Choanen befinden.

LAUTMANN.

30) **R. Béal. Polype choanal.** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XIV. April 1901.*

Beschreibung eines Falles, in dem durch vorsichtigen Zug am Polypenstiel eine Cyste aus der Kieferhöhle entfernt wurde. Neue Bestätigung der Killian-schen Ansicht, dass die Chonalpolypen ihren Ursprung in der Kieferhöhle nehmen.

LAUTMANN.

31) **F. Rockenbach** (Basel). **Ueber Nasentuberculome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Im Zeitraum von 8 Jahren wurden an der oto-laryngologischen Klinik der Universität Basel 4 Fälle von Tuberculose beobachtet — 0,06 pCt. aller Nasen-

kranken und nur 6 pCt. aller Tuberculosen der Nase —. Ausführliche Mittheilung dieser Fälle und Zusammenstellung der Literatur.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **R. B. Scarlett. Ein Fall von intranasalem Sarkom. (A case of intranasal sarcoma.)** *N. Y. Medical Journal. 8. October 1910.*

Es handelte sich um Spindellensarkom. Ein Jahr nach der Operation Recidiv mit Nierencomplicationen und Tod.

EMIL MAYER.

33) **K. Láng** (Budapest). **Wegen Krebs sämmtlicher rechtsseitigen Nasennebenhöhlen ausgeführte Radicaloperation.** *Orvosi Hetilap. No. 8. 1911.*

Sämmtliche rechtsseitige Nebenhöhlen und die Orbita wurden exenterirt. Patient ist seit 4 Monaten recidivfrei und hat 14 kg zugenommen.

POLYAK.

34) **E. Polyak** (Budapest). **Exstirpation eines Augenlidkrebses, welcher in die Orbita, in die Siebbeinzellen und in beide Stirnhöhlen durchbrach; Plastik.** *Orvosi Hetilap. No. 9. 1911.*

Nach der Methode des Verf.'s bildet die plastisch zugedeckte Orbita eine Nebenhöhle der Nase.

POLYAK.

35) **O. J. Freer. Sarkom der nasalen Antrumwand. (Sarcoma of the nasal wall of the maxillary antrum.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Nach Entfernung weiter vorn sitzender Schleimpolypen kam der bei Berührung leicht blutende Tumor im hinteren Theil der Nase zum Vorschein; bei der Rhinoscopia posterior ergab sich, dass der ganze Nasenrachenraum von einem grauen Tumor, der die Quelle eines sehr unangenehmen Geruches zu sein schien, ausgefüllt war. Der intranasale Tumor und sein postnasaler Auswuchs wurden mit einer Zange entfernt, wie sie Verf. zur Entfernung der Adenoiden durch die Nase hindurch gebraucht. Die Muscheln und das Siebbein auf der kranken Seite waren in den Tumor aufgegangen. Nach einigen Wochen stellte sich ein Recidiv in der nasalen Antrumwand ein; diese wurde abgetragen, so dass nun die Oberkiefer- und Nasenhöhle einen Hohlraum bildeten. Es mussten wegen wiederholter Recidive noch einige kleinere Eingriffe gemacht werden — im Ganzen 6 —, der letzte im September 1909; seitdem erfreut sich Patient vollkommener Gesundheit. Verf. benutzt seinen Fall zu folgenden Bemerkungen: „Es ist zweifellos, dass der allgemeine Chirurg versucht haben würde, den Tumor von aussen her mittels Resection des Oberkiefers zu entfernen, und das günstige Resultat im vorliegenden Fall ist ein weiterer Beweis dafür, dass die Rhinologie auf intranasalem Wege mindestens soviel erreichen kann, als durch solche gewaltigen Eingriffe geschieht."

EMIL MAYER.

36) **O. Hirsch** (Wien). **Die Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems mittelst temporärer Resection der unteren Muschel, Anlegung einer bleibenden Oeffnung im unteren Nasengang und Wiederannähen der Muschel an ihren früheren Ort.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Heft 6. S. 637. 1911.*

Der Gang der Operation, durch die Verf. die lästigen Folgen ausgedehnter Resection der unteren Muschel vermeiden will, ist im Titel angegeben und wird

in 3 Abbildungen erläutert. Verf. hat nach seiner Methode bis heute 62 Fälle operirt und macht bezüglich des Endresultates folgende Angaben: Nach der Operation bleibt die Secretion in der ersten Woche unverändert und ist sogar vermehrt. Dann nimmt die Secretion allmählich ab, so dass in den leichten Fällen nach 4—8 Wochen durch Controlspülungen nur einzelne Schleimflocken herausbefördert werden. In einzelnen Fällen kann noch nach mehreren Monaten eine geringe Secretmenge entleert werden, ohne dass dadurch der Patient belästigt ist.

Zur Operation räth H. erst dann, wenn bei 3mal wöchentlich vorgenommener Spülung innerhalb 4 Wochen keine deutliche Verminderung der Secretion eingetreten ist. Dieser gemässigte Standpunkt ist zu begrüssen, da auch neuerdings wieder einzelne Autoren mit Unrecht den Ausspülungen der Kieferhöhle wenig oder sogar keine Heilkraft beimessen und sofort operiren. OPPIKOFER.

37) **W. Lange** (Greifswald). **Ueber Heilungsresultate nach operativer Behandlung von Kieferhöhlen.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 5. S. 58. 1911.*

L. hat im Verlaufe von 2 Jahren 43 Kieferhöhleneiterungen endonasal vom unteren Nasengange aus eröffnet. Es bringt keinen Nachtheil, aus der unteren Muschel ein Stück zu entfernen. Die Oeffnung im unteren Nasengang ist mindestens markstückgross anzulegen, um einen späteren Verschluss soviel wie möglich zu verhindern. Das Kieferhöhleninnere wird unberührt gelassen und kein Schleimhautlappen eingelegt.

Einmal stellte sich im Anschluss an ein Erysipel eine Thränensackeiterung ein. Bei allen anderen Fällen zeigten sich nie Symptome von Seiten des Thränensackcanals, obwohl die nasale Oeffnung desselben im Operationsgebiet liegt.

Das Operationsresultat bezeichnet L. als gut, namentlich in denjenigen Fällen, in denen das Loch im unteren Nasengang weit offen geblieben ist.

OPPIKOFER.

38) **Wme. Ledlie Culbert. Bericht über einen Fall von chronischer Antrumeiterung; Punction mit nachfolgendem septischen Pemphigus und Tod. (Report of a case of chronic suppuration of the antrum of Highmore. Puncture followed by septic pemphigus and death.)** *The Laryngoscope. August 1910.*

Patientin hatte wahrscheinlich als Folge einer Influenza eine rechtsseitige Stirnhöhlen- und Antrumeiterung. 14 Tage, nachdem das Antrum durch einen Troicart eröffnet war, erwachte sie mit Secretion in den Augen, aufgesprungenen Lippen und trockenem Hals; die Conjunctivae waren etwas injicirt, der Pharynx geröthet. Am folgenden Tage zeigte sich juckender, papulöser, rother Ausschlag im Gesicht, auf Brust, Leib und Armen, in der Mundhöhle waren desquamirende Flecken auf der Gaumenschleimhaut zu sehen. Die Conjunctivae waren mehr injicirt, sonderten schleimig-eitriges Secret ab und es bestand die Gefahr einer Iritis. Am Nachmittag wurde der Ausschlag blasenförmig, die Blasen nahmen allmählich die ganze Körperoberfläche ein, nach ihrem Platzen entstanden oberflächliche, sehr übel riechende Geschwüre. Von den ersten Krankheitstagen an bestand eine constante, reichliche Absonderung eines blutigen schleimig-eitrigen Secretes aus dem Munde; später entstand eine ähnliche, nur nicht so reichliche Absonderung

aus Anus und Vagina. Es bestand Fieber und allgemeine Kräfteabnahme, so constantes Erbrechen, dass man zu Rectalernährung schreiten musste. Patientin verfiel in Delirien, schliesslich in Benommenheit und ging zu Grunde.

EMIL MAYER.

39) **R. H. Rollinson Whitaker. Gewisse Antrumerkrankungen. (Certain antral conditions.)** *British Dental Surgery. Juni 1911.*

Verf. hält Cysten für die häufigste Form der Antrumerkrankung und Eiterung in einer Cyste für die häufigste Form der Eiterung. Dies wird bewiesen durch den Befund von Cholestearinkrystallen in der Flüssigkeit und dem Antrum. Diese Cysten entstehen durch Reizung von einem erkrankten Zahn, sie wachsen langsam, führen eventuell zur Resorption der äusseren Antrumwand und oft zur Eiterung. Die Operation wird gemacht, indem der erkrankte Zahn entfernt, die Höhle von der Alveole aus angebohrt und die Höhle tamponirt wird. Verf. giebt an, 179 Fälle so operirt und alle geheilt zu haben.

A. J. WRIGHT.

40) **Nieddu Semidei. Beobachtungen und Betrachtungen über die morphologische Varietät bei Adenoiden und die Aetiologie der Rachenmandelhyperplasie. (Osservazioni e considerazioni sulla varietà morfologia adenoidea e sull'etiologia dell'iperplasia adenoidea.)** *Arch. Ital. di Otologia. September 1910.*

Verf. zeigt an einer Serie von Beobachtungen, dass in morphologischer, physiologischer und pathologischer Beziehung der Adenoidenträger keine wesentliche Abweichung zeigt von der ersten morphologischen Combination nach De Giovanni, von der sie nur eine Varietät darstellt, hervorgebracht durch das Auftreten der Rachenmandelhyperplasie mit Nasenverstopfung.

Auf Grund seiner Betrachtungen fragt sich der Verf., ob die Athmungsinsufficienz bei den Adenoidenträgern nicht das Primäre ist. Er meint, dass man beim Studium der Athmung bei Adenoidenträgern es versäumt habe, die Zutrittswege der Luft und die Lungen als ein physiologisches Ganzes in ihrer Zusammengehörigkeit zu betrachten; er hat beobachtet, dass die Mundathmung immer in Fällen von respiratorischer Insufficienz der Lungen sich zeigt und dass die Nothwendigkeit der Athmungsübungen nach Adenotomie durch die Theorie von den verloren gegangenen nasalen Reflexen nicht besser erklärt wird, als durch die von der präexistirenden pulmonalen Insufficienz.

Die Rachenmandelhyperplasie könnte so erklärt werden mit einer Verlangsamung des Luftstroms (todte Räume), besonders wenn die stagnirende Luft aus einem mit verdorbener Luft erfüllten Aussenraum stammt, und mit der herabgesetzten Resistenz gegen Infectionen (wiederholte Schnupfen) infolge Hypo Oxyämie. Mittels dieser Theorie findet eine befriedigende Erklärung:

1) Die Periode der höchsten Entwickelung und der Rückbildung der Rachenmandelhypertrophie, indem jene mit der Exposition gegen die Aussenwelt, diese mit der Entwickelung des Thorax zusammenfällt.

2. Der Zusammenhang zwischen der Hypertrophie und den klimatischen tellurischen Verhältnissen.

3. Der morphologische Typus der Adenoidenträger und im Besonderen die unverhältnissmässige Länge der Glieder und die Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes.

4. Die Veränderungen des Skeletts.

5. Sie würde auch erklären, warum die angeborene Atresie der Choanen und die meist in der Pubertät auftretende Muschelhypertrophie bei den damit behafteten Individuen nicht die Morphologie des Adenoidenträgers hervorbringen.

CALAMIDA.

41) **J. Morgan O'Meara. Ein Fall von Adenoiden mit Albuminurie und Harncylindrom. (A case of adenoids with albuminuria and casts in the urin.)** *Lancet. 6. Mai 1911.*

Bei dem 7jährigen Knaben fand sich im Urin reichlich Eiweiss, Blut, Epithelien und Hyalincylinder. Die Nephritis, für die kein Grund aufzufinden war, bestand trotz Behandlung drei Wochen lang und verschwand ein paar Tage nach Entfernung der Adenoiden.

A. J. WRIGHT.

42) **R. Imhofer** (Prag). **Recidive nach Adenotomie.** *Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. III. S. 713. 1911.*

Die Zahl der Recidive nach Adenotomie ist wahrscheinlich viel grösser, als allgemein angenommen wird; genaue klinische Statistiken wären wünschenswerth. Die Ursachen der Recidive liegen weder in der Art resp. Vollständigkeit der Operation, noch auch in der Beschaffenheit der Rachenmandel, sondern in der constitutionellen Beschaffenheit des Individuums selbst. Die Hauptursache der Recidive bildet die Skrophulose. Es empfiehlt sich, bei Skrophulose die Adenotomie nur dann vorzunehmen, wenn Indicationen gegeben sind, die selbst einen vorübergehenden Effect schon erstrebenswerth erscheinen lassen. Die antiskrophulöse Therapie ist nach der Adenotomie viel wirksamer als vor derselben. Auch für die Pseudorecidive ist die Skrophulose als ätiologisches Moment von grosser Bedeutung.

OPPIKOFER.

43) **G. Hicguet** und **A. Fallas. Die operative Complication adenoider Wucherungen. (Les complications opératoires des végétations adenoïdes.)** *La Policlinique. No. 6. 1911.*

Aus den von den Autoren gemachten, den Lesern bekannten Angaben wäre hervorzuheben der von Fallas beobachtete Fall von einem 13jährigen Mädchen, bei welchem eine durch die Entfernung der Nasenrachentonsille und adenoiden Wucherungen hervorgerufene Blutung nach plötzlichem unerwarteten Eintritt der Menstruation von selbst aufhörte; ferner die von Hicguet sen. beobachtete blutstillende Wirkung pulverisirten getrockneten Hasenblutes.

BAYER.

44) **H. Neumann. Messer zur Entferuung adenoider Vegetationen.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 18. Mai 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1911.*

Ringmesser in Verbindung mit einer kleinen in einem Scharnier sagittal beweglichen Gabel.

HANSZEL.

45) **Chorazycki. Ueber bösartige Geschwulst der Nasenrachenhöhe. (Nowotwórzlosliwy jamy nosogardzielowej.)** *Medycyna. No. 17. 1911.*

Verf. demonstrirte einen 15jährigen Knaben, bei dem nach mehrmaliger theilweiser Operation eines Nasenrachentumors Recidive und Blutungen eintraten.

A. v. SOKOLOWSKI.

c. Mundrachenhöhle.

46) **Schubinger** (Solothurn). **Pharyngitis lateralis.** (Aerztegesellschaft des Kantons Solothurn.) *Correspondenzbl. der Schweizer Aerzte. No. 4. 1911.*

Verf. empfiehlt Abtragung der Wülste mittels rechtwinklig gebogener Scheere nach Halle; für leichtere Fälle Aetzungen mit Trichloressigsäure. Von der hier sehr wirksamen Galvanokaustik und dem Lapisstift sagt er nichts. JONQUIÈRE.

47) **Gregers Fanöe. Ueber Behandlung der chronischen Pharyngitis mit Vibrationsmassage. (Om Behandlingen af kronisko Faryngitis med Vibrationsmassage.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 13. 1911.*

F. hat in 182 Fällen die von Prof. Storch angegebene Methode zur Behandlung von Nasenleiden angewandt. Diese Methode besteht in der Massage mit einem Vibrator, woran eine Sonde befestigt ist. Vor der Massage pinselt er mit 6proc. Cocain. Man massirt durchschnittlich 15—30mal innerhalb 3—6 Wochen.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

48) **James Harper. Acute Pharynxphlegmone. (Acute phlegmon of the pharynx.)** *Practitioner. April 1911.*

Bericht über einen Fall bei einem erwachsenen Mann; es war zuerst die eine, dann die andere Seite befallen.

Heilung erfolgte unter localer Scarification und Wasserstoffsuperoxydapplication und grossen Dosen Eisenperchlorid innerlich, was Verf. dabei besonders warm empfiehlt. A. J. WRIGHT.

49) **Goris. Ein Fall von Actinomycosis pharyngis. (Un cas d'actinomycose pharyngienne.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 1 und 2. 1911.*

In der Belgischen chirurgischen Gesellschaft zeigt G. ein Präparat vor, welches Prof. Bordet als eine Actinomycose erkannt hatte, herstammend von einem von G. operirten Mann, der die Gewohnheit hatte, auf seinen Spaziergängen Kornähren aufzubeissen. BAYER.

50) **Frank C. Todd. Neuralgien und functionelle Störungen infolge von Infectionen der Tonsille und ihrer Umgebung. (Neuralgies and functional disturbances from infections in and about the tonsil.)** *Journal American Medical Association. 29. August 1910.*

Schmerzen und Empfindlichkeit aussen am Hals in der den Tonsillen entsprechenden Gegend gehen gewöhnlich von den Tonsillen aus. Neuralgien in der Gegend der Tonsillen, Ohr, Hals, Nase, Zähnen, Zahnfleisch oder Highmorshöhle sind häufig durch Tonsillenerkrankungen bedingt, ebenso functionelle Heiserkeit,



Husten, Schluckbeschwerden, Dyspepsie etc. Ist in diesen Fällen durch sorgfältige Untersuchung festgestellt, dass die Mandeln chronisch erkrankt sind, so sind diese sorgfältig zu entfernen.

EMIL MAYER.

51) A. H. Beifeld. **Die Beziehung der Tonsillen zu Herzkrankheiten. (The relation of the tonsils to heart disease.)** *Interstate Medical Journal. Juni 1911.*

Um die Bedeutung der Tonsillectomie als Prophylacticum gegen Herzerkrankungen würdigen zu können, müsste genauer darauf geachtet werden, welche Rolle in den einzelnen Fällen von Gelenkrheumatismus, Endocarditis und Pericarditis den Tonsillen als Eingangspforte zukommt.

EMIL MAYER.

52) Gruet (Angers). **Albuminurie bei chronischer Tonsillitis. (Albuminurie dans l'amygdalite chronique.)** *Journal des Praticiens. 13. Mai 1911.*

Verf. erinnert an die Häufigkeit der Albuminurie bei Tonsillitis. Er berichtet über den Fall einer 38jährigen Frau, die an häufigen Anginen litt, die jedesmal mit Albuminurie einhergingen. Patientin hatte eine beiderseitige chronische Amygdalitis. Die Anginen und die Albuminurie verschwanden gegen das 39. Lebensjahr gleichzeitig mit der Atrophie der Mandeln.

GONTIER de la ROCHE.

53) H. B. Hayes. **Ein ungewöhnlicher Fall von Gleichgewichtsstörung als Reflexerscheinung bei hypertrophischen Tonsillen und Adenoiden. (An unusual case of disturbance of equilibrium occurring a reflex manifestation of hypertrophic tonsils and adenoids.)** *Charlotte Medical Journal. 1. März 1911.*

Verf. berichtet über den Fall eines $3^1/_2$ Jahr alten Indianerknaben, der an Anfällen litt, die dem petit mal glichen; diese Anfälle waren am häufigsten des Morgens und in der zweiten Hälfte des Tages spärlicher. Der Knabe fiel beim Sitzen oder Stehen plötzlich, wie vom Blitz getroffen, nach vorn oder hinten, seltener auf die eine oder andere Seite. Dem Fall ging eine Art von kurzem inspiratorischem Stridor voraus. In der Zwischenzeit war Patient wohl. Allgemeinbefinden gut. Nach Entfernung der hypertrophirten Tonsillen und Adenoiden völlige Heilung.

EMIL MAYER.

54) W. E. Shea. **Vincent's Angina. (Vincent's pseudomembranous Angina.)** *The Therapeutic Gazette. 15. Februar 1911.*

In dem mitgetheilten Fall wurde innerlich Natr. cacodyl. gegeben. Nach Entfernung der nekrotischen Membran wurde die ersten beiden Tage Jodtinctur aufgepinselt und Patient angewiesen, 6 mal täglich mit einer 25 proc. Lösung von H_2O_2 zu gurgeln. An den folgenden beiden Tagen wurde eine 4 proc. Lösung von Argentum nitr. angewandt und dann täglich mit einer 10 proc. Argentumlösung touchirt, bis Patient als geheilt entlassen werden konnte.

EMIL MAYER.

55) M. J. Holm. **Vorkommen des Bacillus fusiformis bei membranösen Affectionen im Hals. Vincent'sche Angina. (Occurrence of bacillus fusiformis in membranous affections of the throat. Vincent's Angina.)** *Journal Michigan State Medical Society. August 1910.*

In einer Serie von 265 Fällen wurde auf Grund der klinischen Symptome

99 mal Diphtherie diagnosticirt. Die bakteriologische Untersuchung ergab in 64 von diesen 99 Fällen das Vorhandensein, in 35 Fällen das Fehlen von Diphtheriebacillen. Unter 73 Fällen mit B. fusiformis wurde bei 28 die klinische Diagnose auf Diphtherie gestellt; die bakteriologische Untersuchung ergab unter diesen 28 Fällen 1 mal das Vorhandensein, 27 mal das Fehlen von Diphtheriebacillen. Die Culturversuche zeigen, dass Streptokokken und Staphylokokken in Fällen Vincent'scher Angina sehr häufig sind. Es ist ferner zu bemerken, dass in über drei Viertel der Fälle von Pseudodiphtherie directe Ausstriche von dem Belag ein Vorwiegen des B. fusiformis zeigten.

EMIL MAYER.

56) **Achard** (Paris). **Vincent'sche Angina geheilt mittels localer Salvarsanapplication. (Angine de Vincent guérie par des applications locales de Salvarsan.)** *Société médicale des hôpitaux. Mai 1911.*

Wassermann'sche Reaction negativ; Anamnese negativ. Die Vincent'sche Angina widerstand allen Behandlungsarten. Verf. folgert aus dem günstigen Erfolg in seinem Falle, dass das Salvarsan eine locale Wirkung auf die Vincent'sche Spirillen ausübe.

GONTIER de la ROCHE.

57) **Reich** (Tübingen). **Rückverlagerung des prominenten Zwischenkiefers bei complicirten Hasenscharten ohne Einziehung der Nasenspitze.** *Centralbl. für Chirurgie. No. 25. 1911.*

Das Princip der Methode ist eine Erhaltung des Nasenprofils durch eine der gewöhnlichen Vomerosteotomie vorauszuschickende vordere Osteotomie der Nasenscheidewand mit Verwendung des Philtrum zur Septumplastik.

SEIFERT.

58) **Goris. Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen (Bardenheuer) nach Resection beider Oberkiefer. Vorstellung der Operirten. (Palatoplastie à lambeau fronto-palpébral [Bardenheuer], après résection des deux maxillaires supérieurs. Présentation de l'operée.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Médecine de Belgique.*

In der Sitzung der Académie Royale de Médecine de Belgique am 31. December 1910 stellt G. eine Kranke vor, welche er nach der Bardenheuer'schen Methode — mit einer Gaumenplastik mit Stirn-Augenliderlappenbildung nach Resection beider Oberkiefer operirt hatte und die folgende vier Vortheile darbietet:

1. dass die Kranken unmittelbar nach der Operation sich ernähren und sprechen können;

2. dass sie den Operateur vom Verbinden der Operationshöhle dispensirt und

3. diese vor Infection von der Mundhöhle her bewahrt und

4. ist sie im Falle von doppelseitiger Resection unentbehrlich, um den Operirten in der Folge das Schlucken und Sprechen auf eine annehmbare Weise zu gestatten.

BAYER.

59) **Poul Haslund. Epitheliom der Mundschleimhaut infolge Leukoplakia oris. (Epitheliom paa Mundslimhinden paa Basis af Leuplakia oris.)** *Dansk dermatologisk Selskabs. 76. Mode 1910. Hospitalstidende. No. 22. 1911.*

H. berichtet über einen Fall bei einem 36jährigen Kutscher, bei dem die mikroskopische Untersuchung die Diagnose ergab.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

60) **Goris. Pharyngectomie wegen eines Lymphosarkoms der Mandel. (Pharyngectomie pour lympho-sarcome de l'amygdale.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 1 u. 2. 1911.*

Vorstellung einer Frau, bei welcher G. wegen eines Lymphosarkoms der rechten Mandel, welches bis an den Hypopharynx reichte und der Wirbelsäule adhärirte, nach vorausgeschickter Tracheotomie die Pharyngectomie vorgenommen hatte; ausser einer linearen Narbe der Wange ist von der Operation kaum mehr eine Spur wahrzunehmen.

BAYER.

61) **H. Iwata** (Osaka). **Ein Fall von teratoider Geschwulst der Gaumentonsille.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. V. S. 68. 1911.*

Bei dem 14jährigen Knaben war die rechte Gesichtshälfte, namentlich auf Kosten des Unterkiefers, etwas weniger entwickelt als die linke. Auch war die rechte Ohrmuschel von Geburt an missbildet und der Gehörgang verschlossen. Zudem Fehlen des Geschmackes auf dem vorderen Theile der rechten Zungenhälfte. Der Tumor im Rachen wurde zufällig entdeckt: im oberen Drittel der rechten leicht hypertrophirten Gaumentonsille, auf der medianen Fläche, ein gestielter, erbsengrosser, blassrother, kleinhöckeriger Tumor. Mikroskopischer Befund: Aussen Plattenepithel und innen Bindegewebe, Lymphfollikel, reichlich Drüsengewebe und Muskelfasern.

OPPIKOFER.

d. Diphtherie und Croup.

62) **Lesieur** (Lyon). **Die verkannten Diphtherien und ihre Folgen. (Les diphtéries méconnues et leurs séquelles.)** *Lyon Médical. 12. März 1911.*

Verf. berichtet über einige persönliche Beobachtungen, besonders über einen Fall von phlegmonöser Angina mit Albuminurie und Atrophie; Heilung durch Diphtherieserum; ein Fall, der ursprünglich für gutartige Angina gehalten, sich aber durch seine Folgen (Kehlkopflähmung, Asthenie, rheumatische Schmerzen) als Diphtherie erwies.

GONTIER de la ROCHE.

63) **Sörensen** (Kopenhagen). **Ueber Fälle von Ansteckung durch Entlassene — return-cases — bei Diphtherie. (Om Returtil pelde — return-cases — ved Difteri.)** *Hospitalstidende. No. 17. 1911.*

In den Jahren 1898—1909 wurden aus dem Blegdamshospital 7037 Diphtheriekranke entlassen und 82mal kamen Mitglieder eines entlassenen Patienten mit derselben Krankheit ins Hospital. Dies kam in den genannten Jahren in 1,16 pCt. der Fälle vor. 90 pCt. der entlassenen sogenannten Ansteckungsträger

waren frei von Bacillen. Die mit Bacillen Entlassenen haben ihre Verwandten selten angesteckt. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem scheinbar paradoxen Resultat, dass diese Ansteckungen ebenso häufig bei allen in der Regel bacillenfrei entlassenen Patienten vorkommen, wie bei den mit Bacillen entlassenen. Seiner Meinung nach giebt weder das Vorhandensein von Diphtheriebacillen bei den Entlassenen eine wesentlich grössere Wahrscheinlichkeit, dass seine Umgebung angesteckt wird, noch gewährt der Umstand, dass bei zwei aufeinander folgenden Impfungen keine Bacillen gefunden wurden, eine absolute Garantie dagegen.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

64) **Lesieur** (Lyon). **Neurasthenischer Zustand durch verkannte Nasendiphtherie. Heilung durch Serotherapie. (État neurathénique par coryza de nature diphtérique méconnu. Guérison par la sérothérapie.)** *Lyon Médical. 5. März 1911.*

Es handelte sich um einen 38jährigen Mann, der innerhalb kurzer Zeit erheblich herunterkam, ohne dass man eine Ursache für die Anämie und Schwäche des Patienten finden konnte. Patient litt an einem hartnäckigen Schnupfen mit eitriger Absonderung. Die bakteriologische Untersuchung ergiebt die Anwesenheit von Diphtheriebacillen. Völlige Heilung in einem Monat mittels Seruminjectionen.

GONTIER de la ROCHE.

65) **Biehler** und **Korybut-Daszkiewicz. Einige Worte über die Nasenschleimhautdiphtherie bei Kindern. (Kilka slów o blonicy jamy nosowej w dzieci.)** *Przeglad pedyatryczny. Bd. III. Heft 2. 1911.*

Die Verff. kommen auf Grund vieler beobachteter Fälle, von denen sie einige mittheilen, zu folgenden Resultaten:

1. Die primäre Nasendiphtherie bei Kindern im ersten Lebensjahre kommt ziemlich häufig vor.

2. Der Verlauf der Krankheit ist nicht charakteristisch, deswegen soll man besonders bei chronischen Katarrhen die bakteriologische Untersuchung nicht vergessen.

3. Die Behandlung mittels specifischem Serum ist die einzig angebrachte.

4. Der Verlauf der primären Nasendiphtherie bei Kindern ist leicht und selten geht die Diphtherie von der Nase auf den Rachen, Kehlkopf etc. über.

A. v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

66) **A. Da Gradi** (Pavia). **Ueber den Verlauf der Kehlkopftuberculose bei der mit künstlichem Pneumothorax behandelten Lungenschwindsucht.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. 1910.*

Bei klinischer Ausheilung der Lungen kam es auch zur Besserung resp. Heilung des Kehlkopfes.

WILH. SOBERNHEIM.

67) E. Stangenberg. **Ueber die Behandlung von tuberculösen Processen im oberen Theile der Respirationsorgane nach Dr. Pfannenstill. (Om behandling af tuberkulosa affektioner i ofre delen af respirationsorganet enligt Dr. Pfannenstill's metod.)** (Vortrag in der Sitzung der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte vom 31. Januar 1911.) *Hygiea. Februar-März 1911.*

Im Sommer und Herbst 1910 wurden in der Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten des Serafimerhospitals in Stockholm Versuche mit der Pfannenstill'schen Methode ($NaJ + O_3$) angestellt, und zwar unter Anwendung eines von Pf. empfohlenen Apparates, eines sog. Ozonventilators von Siemens u. Halske. Im Ganzen wurden 28 Patienten behandelt; da aber nur 4 von diesen die Forderungen Pf.'s erfüllten, wurde das Interesse hauptsächlich auf diese concentrirt. Zwei von ihnen waren in das Hospital aufgenommen, die übrigen wurden poliklinisch behandelt. Die Inhalationen fanden in zwei täglichen Sitzungen (jede $1^1/_2$—2 Stunden) statt, und Verf. muss leider zugeben, dass die Behandlung im Allgemeinen keinen nennenswerthen Erfolg hatte. Nur bei einer Patientin, einem 20jährigen Mädchen, war eine bedeutende Besserung zu constatiren, bestehend im Verschwinden der Infiltration der Stimmbänder und infolgedessen auch der Heiserkeit. Da die Patientin indessen eine allgemeine interne Behandlung im Krankenhause mit einer Gewichtszunahme von 10 kg durchgemacht hatte und da ihre Stimmbänder theils zu diagnostischen, theils zu therapeutischen Zwecken 4 mal curettirt waren, lässt es sich nicht entscheiden, ob die Inhalation von Ozon allein die Besserung verursachte.

Ein persönlicher Besuch bei Pf. in Malmö und in dem Finseninstitut in Kopenhagen hatten den Verf. von einer vollständigen Heilung der tuberculösen Affectionen im Kehlkopf nicht überzeugen können, wohl aber von der Möglichkeit, lupöse Processe in der Haut und Nasenschleimhaut mit $NaJ + H_2O_2$ vollständig zu heilen.

Discussion:

A. von Rosen ist Stangenberg behülflich gewesen bei der Controle des Einflusses der Behandlung resp. des Jodes auf die Lungenaffection, auf die Temperatur und auf die Magen- und Darmschleimhaut.

Betreffs der Lungen zeigten die behandelten Patienten nichts, was mit Sicherheit dem Einfluss des Jodnatriums zugeschrieben werden könnte; die von Anfang Fieberfreien, die Hälfte derselben, blieben die ganze Zeit afebril und „bei denen, die Abnahme des Gewichtes und Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes zeigten, war die Krankheit von Anfang an progressiv“; bei den übrigen war nach der Behandlung keine Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes zu constatiren.

Hf. Tiderström, Director des Lungensanatoriums Säftjö, hatte auch die Pfannenstill'sche Methode verwandt, und zwar bei 12 Lungen- resp. Kehlkopfkranken. Die Diagnose der tuberculösen Kehlkopfkrankheit war klinisch, aber nicht anatomisch festgestellt. Von diesen Kranken konnten 8 als klinisch gesund (betreffs des Kehlkopfes) entlassen werden. T. hatte zu seiner Verfügung einen Apparat von der Firma Kölle u. Held in Stuttgart, der ohne Zweifel zweckmässiger ist als der von Siemens u. Halske. Durch Empfehlung von Pfannen-

still hatte T. die Ozonluft mit Säure (Essigsäure) mischen lassen, wodurch das Jod viel schneller und kräftiger freigemacht wird.

Trotz des guten Erfolges glaubt doch T., „dass noch nichts bewiesen ist, ist aber der Meinung, dass der Erfolg so ermuntern werde, dass wir weiter arbeiten müssen, ehe das letzte Wort in dieser Frage gesprochen wird“.

M. Möller berichtete über seine Erfahrung über die Behandlung des Lupus nasi mit NaJ + H_2O_2 (nach Pfannenstill); im Ganzen wurden in den letzten Wochen 7 solche Fälle behandelt und nach M.'s Meinung war der Erfolg subjectiv wie objectiv sehr ermunternd. M. hatte diese Behandlung nur seit 6 Wochen versucht, und wenn er auch noch keine Heilung constatiren konnte, war es doch ersichtlich, dass man hier mit einer Behandlung, die verhältnissmässig schnell zur Besserung führt, rechnen könnte.

M. betont, dass die klinische Diagnose, von der Tuberkulinprobe und Wassermann, event. mit Impfung auf Meerschweinchen unterstützt, betreffs des Lupus das wichtigste ist, weil die anatomische auf Grund der Natur des krankhaften Processes so oft unbefriedigende Antwort giebt.

E. Stangenberg: Die Behandlung von lupösen Affectionen in der Nase scheint S. klar zu sein; so weit sind wir leider nicht gekommen betreffs der tuberculösen Processe im Pharynx und Kehlkopf. Er betont, dass man sich vor allem diagnostischer Hülfsmittel bedienen muss und erinnert daran, dass bei allen Fällen, die mit NaJ $+_3$ O von ihm behandelt wurden, die Diagnose auch anatomisch festgestellt war.

N. Arnoldson will seine Erfahrung in dieser Sache dahin zusammenfassen, dass diese Methode gegen Kehlkopftuberculose nicht effectiv wäre, wohl aber gegen Lupus cavi nasi; er hätte allerdings diese Behandlung nicht practisch erprobt, aber doch Gelegenheit gehabt, viele von diesen Fällen zu sehen und zu verfolgen, und zwar sowohl am Sarafimerhospital als in Malmö bei Pfannenstill.

Betreffs der Diagnose war er der Meinung, dass man mit der klinischen allein nicht zufrieden sein könne, da es sich darum handelt, den Werth einer neuen Behandlung zu beweisen.

AUTOREFERAT

68) **S. A. Pfannenstill** (Malmö). **„Der Fall Ester“. (Fallet Ester.)** *Hygiea. Juni 1911.*

Dieses war der erste Fall von Tuberculose des Schlundes und des Kehlkopfes, den Pf. nach seiner Methode (NaJ + O_3) behandelte. Am 23. November 1908 fing die Behandlung an und dauerte mit kürzeren und längeren Unterbrechungen ein ganzes Jahr. Die Wassermann'sche Probe wurde gemacht und zeigte sich positiv, weshalb Jodkali allein gegeben wurde und mit dem Erfolge, dass die Ulcerationen sich sehr schnell verbreiteten. Hg wurde nun in Form von intramuskulären Injectionen (0,10 Hydrarg. salicyl. 2mal wöchentlich, im Ganzen 7 Injectionen) gegeben; in dieser Zeit verbreiteten sich die Ulcerationen noch mehr.

Am 10. Januar 1910 wurde die Behandlung mit NaJ + O_3 wiederholt und nach 3 Wochen waren die Wunden vollständig geheilt und die Heilung ist danach definitiv geblieben bis zum letzten Monat vor ihrem Tode, 15. Mai 1911.

Die Section bestätigte die klinische Diagnose (Tuberculosis pulmonum + Cicatrix faucium c. ulcerationibus recent. etc.) und die folgende mikroskopische Untersuchung constatirte die Wahrscheinlichkeit, dass der entzündliche Process der Schleimhaut des Schlundes und der der nächsten Umgebungen bei dem Falle Ester tuberculöser Natur war.

E. STANGENBERG.

69) **H. Clarus. Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose in der Volksheilstätte.** *Dissert. Leipzig 1909.*

Diese Dissertation ist auch in Brauer's Beiträgen zur Klinik der Tuberculose erschienen und bereits referirt im Centralbl. f. Laryngol. 1910. Bd. 26. S. 239.

OPPIKOFER.

70) **H. Hicguet. Schwere tertiäre Kehlkopfsyphilis behandelt mit Arsenobenzol. (Syphilis tertiaire laryngée grave traitée par l'arsenobenzol.)** *La Policlinique. No. 13. 1911.*

Junges Mädchen von 23 Jahren, seit einem Jahre an Syphilis in Behandlung, wird H. zugesandt wegen schwerer Halssymptome: rasch eingetretene Aphonie und Dysphagie, die sich bis zu Erstickungsanfällen steigerten.

H. constatirte bedeutende Infiltration beider Arytaenoidknorpel, welche die Glottis beinahe vollständig verlegten. Stimmbänder immobil, angeschwollen und beinahe in vollständiger Adduction.

Injection von 60proc. Salvarsan in die V. mediana basilica, worauf ein Erstickungsanfall eintrat, welcher die Tracheotomie — untere einzeitige — nöthig machte. Von nun an bildeten die Kehlkopferscheinungen sich zurück; nach 3 Tagen konnte die Canüle entfernt werden und 8 Tage nachher war die Wunde vollständig vernarbt, der Kehlkopf normal mit Ausnahme einer geringen Rauhigkeit der Stimme.

BAYER.

71) **R. Boer. Ueber die Gefahren der grossen Kehlkopfoperationen.** *Dissert. Leipzig 1909.*

Die Arbeit ist ein Referat über die von Gluck bei den oberen Luft- und Speisewegen angewandten Methoden. Auch Nachbehandlung und Endresultate werden besprochen.

OPPIKOFER.

72) **Wolkewitsch. Nochmals über den Larynxkrebs. (Jeschtsche o rake gortani.)** *R. Wratsch. No. 1. p. 1. 1911.*

W. führte 20mal die Totalexstirpation des Kehlkopfes aus. Von diesen können 5 als geheilt angesehen werden, da alle über 3 Jahre gesund geblieben sind. Von denen, die starben, gingen die meisten an zufälligen, von der Operation unabhängigen Krankheiten zu Grunde. Eine Patientin wurde nach 8 Monaten von Raubmördern erdrosselt.

P. HELLAT.

73) **Königstein. Ueber Sarcoma giganto-cellulare.** *Medycyna. No. 15. 1911.*

Nach theilweiser, dann vollständiger Excision des Kehlkopfes auf Grund des oben angegebenen Leidens trat wieder ein Recidiv ein. Darauf machte man dem

Kranken 60 Arseninjectionen und einige Röntgenstrahlenbeleuchtungen. Der Tumor recidivirte nicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

74) **Ch. Girard** (Genf). **Kehlkopfkrebs.** (Sitzungsbericht der Gesellschaft der Aerzte in Genf.) *Revue méd. de la Suisse romande. No. 2. 1911.*

Zwei halbseitige Entfernungen des Kehlkopfes wegen Carcinom. Trotzdem bei dem einen dieser Fälle wesentliche Besserung der Stimme.

JONQUIÈRE.

75) **Robert H. Woods. Kehlkopfkrebs. Heilung eines Drüsenrecidivs mittels Schilddrüsenextracts. (Carcinoma of the Larynx. Cure of glandular recurrence with thyroid extract.)** *British Medical Journal. 1. Juli 1911.*

Es wurde bei einem 51 Jahre alten Manne wegen eines die ganze rechte Kehlkopfhälfte einnehmenden Carcinoms die Totalexstirpation gemacht. Zwei Monate später wurden einige carcinomatöse Drüsen von der rechten Halsseite entfernt neben einem Stück von der V. jugularis interna. Acht Monate nach dieser zweiten Operation eines grossen Drüsenrecidivs auf der rechten Seite, der die Carotis und die prävertebralen Muskeln in sich griff. Unter 5monatiger Behandlung mit Schilddrüsenextract verschwand das Recidiv.

A. J. WRIGHT.

76) **Wm. Wesley Carter. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopfpapillom. (An unusual case of papilloma of the larynx.)** *The Laryngrscope. Februar 1911.*

Die Erkrankung begann in frühester Kindheit und verlief bis zum 47. Lebensjahre, ohne durch irgend welche Behandlung sich beeinflussen zu lassen. Verf. fand den Patienten im äussersten Zustand der Dyspnoe. Der ganze Larynx war mit Geschwulstmassen erfüllt. Verf. entfernte diese meist mit der Schlinge, zum Theil mit der Zange.

EMIL MAYER.

77) **John F. Erdmann. Kehlkopfgeschwülste. (Tumors of the larynx.)** *The Laryngoscope. Januar 1911.*

Verf. stellt eingehende Erörterungen an über die äusseren Kehlkopfoperationen; er legt das Hauptgewicht auf die Nothwendigkeit einer sorgfältigen unindividnellen Pflege. Bericht über vier bereits früher veröffentlichte Fälle:

1. 35jähriger Mann mit Oesophagusstenose und nachfolgender Gastrotomie. Exitus 2 Jahre nach Laryngectomie.

2. 32jähriger Mann, Laryngectomie, Blutung 4 Tage später; Pneumonie und Tod.

3. Thyreotomie wegen Epitheliom; kein Recidiv nach 6 Jahren.

4. Thyreotomie; kein Recidiv nach 7 Jahren.

Ferner theilt Verf. zwei neue Fälle mit: Der eine betrifft einen 61jährigen Mann; halbseitige Kehlkopfexstirpation, Secundärinfection und Tod 18 Monate später; der zweite einen 42jährigen Mann, Laryngectomie nach vorausgegangener Thyreotomie; Tod 7 oder 8 Monate später.

EMIL MAYER.

78) **G. Eidesheim. Ein Beitrag zum Vorkommen primärer bösartiger Neubildungen in der Trachea (Cylindrom).** *Dissert. Leipzig 1909.*

E. fand in der Literatur 65 primäre bösartige Neubildungen der Trachea: 43 Carcinome und 22 Sarkome. Die Beobachtung, die nun Verf. wiedergiebt, ist

folgende: Bei dem 43 Jahre alten Landwirth bestanden langsam zunehmende Athembeschwerden seit 5 Jahren und Heiserkeit seit $^1/_2$ Jahr. Recurrenslähmung links; $1^1/_2$ cm unterhalb der Glottis leicht blutender, nicht ulcerirter Tumor in der linken Seitenwand der Trachea. Operation von aussen; während derselben Exitus. Eingehende mikroskopische Untersuchung, die ein Cylindrom ergab. Metastasen in der linken Lunge.

OPPIKOFER.

79) **Przygoda. Ueber Sarcoma tracheae. (Miesak tchawicy.)** *Medycyna. No. 16. 1911.*

Bei einem 29jährigen Manne, der seit 5 Monaten an Stenose litt, entdeckte man mittels der Tracheoskopie eine Verlängerung der Trachea in der Höhe von 5 cm über der Bifurcation. Der Kranke starb. Die Autopsie und mikroskopische Untersuchung erwiesen Adenosarkom, das aus der Trachealwand hervorging.

A. v. SOKOLOWSKI.

80) **F. Schultz. Struma sarcomatosa permagna mit Perforation in die Trachea und den Oesophagus.** *Dissert. München 1909.*

Bei 44 Jahre alter weiblicher Person recidivirendes Sarkom der Schilddrüse mit hochgradiger Compression der Trachea und Durchbruch in dieselbe; Durchbruch in den Oesophagus und Einwachsen in die obere Thoraxapertur. Tracheotomia superior. Keine Metastasen. Durchbrüche in den Oesophagus sind selten.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

81) **Schuster** (Bamberg). **Ueber zwei Fälle von Strumitis auf luetischer Basis.** *Wiener klin. Rundschau. No. 26—28. 1911.*

In den beiden Fällen (66jähriger Mann und $27^1/_2$jährige Frau) handelte es sich um eine Vereiterung der vorher schon kropfig entarteten Schilddrüse. In beiden Fällen Operation; die Aetiologie wurde erst nachträglich klargestellt.

SEIFERT.

82) **Jaboulay** (Lyon). **Endresultate der beiderseitigen Sympathicusresection bei einer Basedowkranken. (Résultats éloignés de la sympathicectomie bilatérale chez une Basodowienne.)** *Lyon Médical. 4. Juni 1911.*

Die Kranke bot zur Zeit der Operation — sie war 30 Jahre alt — das ausgesprochene Bild des Morbus Basedow. Die Heilung ging schnell vor sich und war eine vollständige. Als Erinnerung an die Operation blieb nur eine Myosis der Pupillen; jedoch hat das Sehvermögen in keiner Weise gelitten. Es sind seit der Operation 14 Jahre verflossen.

Verf. meint, dass die Operation in höherem Grade die Aufmerksamkeit der Chirurgen verdient, da ihre Resultate ausgezeichnet seien.

GONTIER de la ROCHE.

83) **C. C. Rogers. Behandlung des Morbus Basedow. (Treatment of exophthalmic goitre.)** *Illinois Medical Journal. Januar 1911.*

Verf. setzt seine Ansichten auseinander über die Frage, wann innerliche und

wann operative Behandlung angezeigt ist. Während der acuten Anfälle von Exophthalmus sollte nur in extremen Fällen chirurgisch eingegriffen werden. Operation ist nicht indicirt, wenn die Symptome und Zeichen von vorgeschrittenen pathologischen Veränderungen am Herzen, Blutgefässen vorhanden sind oder wenn Patient sich in einem schlechten Allgemeinzustand befindet. Anfälle von Thyreoidismus wiederholen sich in Zwischenräumen, jeder ist immer schwerer als der vorhergehende. Die Operation soll nach dem zweiten Anfall an acutem Thyreoidismus vorgenommen werden, und zwar nur, wenn der Patient von den Wirkungen der Toxämie sich erholt hat, 6—7 Wochen, nachdem die Symptome verschwunden sind.

EMIL MAYER.

84) **Hugo Leischner** und **Otto Marburg. Zur Frage der chirurgischen Behandlung des Morbus Basedow.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1910.*

Die Operation bei Morbus Basedowii ist absolut indicirt bei Compressionen und aus socialen Motiven; relativ bei zunehmender Kachexie trotz Behandlung und unerträglichen Beschwerden; sie ist contraindicirt bei zu weit vorgeschrittener Kachexie und Myodegeneratio cordis. Sie ist relativ contraindicirt bei Thymuspersistenz. Die Methode der Wahl ist die halbseitige Exstirpation.

WILH. SOBERNHEIM.

85) **Tuffier** (Paris). **Halbseitige Schilddrüsenexstirpation wegen Morbus Basedow; plötzliches postoperatives Auftreten des Jellineck'schen Symptoms. (Hémithyroidectomie pour goitre exophthalmique; apparation brusque postopératoire du signe de Jellineck.)** *Société de Chirurgie. 24. Mai 1911.*

Die hauptsächlich um die Orbita ausgesprochene Pigmentfärbung trat ganz plötzlich einige Tage nach der Operation auf. Sie ist ein Zeichen für die vicariirende Function der Nebennieren.

GONTIER de la ROCHE.

86) **G. W. Crile. Morbus Basedow; ein neues Operationsprincip, basirend auf 352 Operationen. (Graves disease; a new principle of operating based on a study of 352 operations.)** *Journal American Medical Association. 4. März 1911.*

Zwischen Gehirn und Schilddrüse scheint bei Morbus Basedow eine gegenseitige Wechselwirkung zu bestehen. Basedowkranke sind besonders hypersensitiv gegenüber Traumen, psychischen Reizen und der Schilddrüsensecretion. Kehren sie unmittelbar nach der Operation wieder in dasselbe Milieu zurück, so geht es ihnen oft wieder schlecht. Operirte Patienten müssen eine lange Nachcur gebrauchen, damit der den Hirnzellen zugefügte Schaden wieder ausgeglichen werden kann. Nach Ansicht des Verf.'s ist die plötzliche Exacerbation nach der Operation nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, die Folge von Eintritt von Schilddrüsensecret in den Blutstrom, sondern die Folge von Gewebstraumen und der psychischen Wirkung. Die Wirkung auf das Gehirn kann nach Ansicht des Verf.'s mit Sicherheit ausgeschlossen werden durch eine sehr gründliche Cocainisirung des Operationsfeldes; dadurch sollen keine Impulse von dem Operationstrauma aus

zum Gehirn gelangen. Auf diesem Wege sollen sogar für hoffnungslos gehaltene Fälle geheilt werden können. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

87) **R. Löwy. Fall von Oesophagusspasmus.** (Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung vom 14. März 1911.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 14. 1911.*

Vagotonisches Individuum mit Spasmen des Oesophagus, von denen nur die höheren durch Atropin beeinflussbar waren. Hochgradige Oesophagusdilatation. Werth der Röntgendiagnostik. HANSZEL.

88) **J. Oller** (Barcelona). **Ein Fall von schwerem hysterischem Spasmus im Anfangstheil des Oesophasus. (Un cas de spasmo grave del esófago de origen histerico.)** *Boletin de laringologia. Februar-März 1911.*

Sehr ausgesprochene Stenose. Grosse Schwierigkeit beim Einführen des Oesophagoskops durch den Oesophagusmund; Patient fühlte sich dabei dermaassen genirt, dass die Oesophagoskopirung aufgegeben werden musste; der Effect (ingestiv) war jedoch derart, dass Patient von Stunde an alle festen Speisen schlucken konnte. TAPIA.

89) **Franke** (Braunschweig). **Ueber den Cardiospasmus und die Dilatation des Oesophagus.** *Med. Klinik. No. 24. 1911.*

Bericht über zwei Fälle aus eigenen Erfahrungen und Bemerkungen über Pathologie und Therapie. SEIFERT.

90) **Bocca** (Marseille). **Ein Fall von Oesophagomalacie. (Un cas d'oesophagemalacie.)** *Le Largnx. Juni 1911.*

Bei einer an Cerebrospinalmeningitis gestorbenen Patientin — die Diagnose war bakteriologisch bestätigt — findet man den Oesophagus macerirt und in seiner unteren Partie in einem Umfang von 3 cm perforirt. Es handelt sich um einen dem Ulcus pepticum des Magens analogen Process, der die schon vorher verdünnte Schleimhaut betrifft und von Cantieri als Oesophagomalacie bezeichnet ist.

GONTIER de la ROCHE.

91) **Viannay** St. Etienne). **Drei Fälle von Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper. (Trois cas d'oesophagotomie externe pour corps étranger.)** *Société des Sciences médicales de St. Etienne. 1. Februar 1911.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Extraction per vias naturales auch unter Leitung des Auges nicht mehr nach den ersten 24 Stunden versucht werden darf. Um diese seine persönliche Ansicht zu stützen, berichtet Verf. über zwei fast analoge Fälle, in denen die Oesophagotomia externa ergab, dass eine Perforation der Schleimhaut drohte, ohne dass man aus den klinischen Symptomen etwas derartiges hätte diagnosticiren können. GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Pankow und **Küpferle. Die Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungen- und Kehlkopftuberculose.** Georg Thieme. Leipzig 1911.

Die Verfasser haben das Material der Freiburger Frauenklinik benutzt, um sich durch umfassende Untersuchungen während der Schwangerschaft, des Wochenbettes und durch Nachuntersuchungen, die sich über einen Zeitraum von 5 Jahren erstreckten, Klarheit darüber zu verschaffen, unter welchen Bedingungen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungen- oder Kehlkopftuberculose angezeigt sei. Ihre Untersuchungen erstreckten sich auf 222 Frauen, von denen 145 mit manifester und 77 mit latenter Tuberculose behaftet waren. Ihr Material ergab, dass von allen Frauen, welche in der gegebenen Zeit die Freiburger Frauenklinik zur Entbindung aufsuchten, 6,86 pCt. objectiv nachweisbare tuberculöse Veränderungen in den Lungen hatten.

An der Hand ihres Materials stellen die Verfasser folgende Leitsätze auf:

1. Eine im Beginn der Schwangerschaft manifeste Tuberculose lässt nach ihren Beobachtungen im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft oder im Wochenbett mit über 90 pCt. Wahrscheinlichkeit eine Verschlimmerung des tuberculösen Processes erwarten, welche in etwa 56 pCt. der Fälle den tödtlichen Ausgang im Verlauf der nächsten Jahre voraussehen lässt. Dagegen lässt eine während der Schwangerschaft latent bleibende Tuberculose eine wesentlich bessere Prognose stellen, da hier nur in etwa 3,5 pCt. der Fälle der Tod an fortschreitender Lungentuberculose zu erwarten ist.

2. Aus der Literatur und ihrem eigenen Material ergiebt sich, dass das Manifestwerden einer latenten oder die Verschlimmerung einer bereits manifesten Lungentuberculose zu allen Zeiten der Schwangerschaft erfolgen kann, dass die Verschlechterungstendenz des Lungenprocesses am ausgesprochensten im Wochenbett, sehr deutlich auch schon in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist. Eine nur irgend wie zuverlässige Prognosenstellung bei manifester Lungentuberculose während der Schwangerschaft ist unmöglich.

3. Das Schicksal der Kranken wird durch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft sehr erheblich gebessert. Das gilt besonders für die ersten vier Schwangerschaftsmonate, aber auch in den späteren Monaten wurden günstige Erfolge erzielt, wenn es sich um nicht zu weit vorgeschrittene Fälle handelte.

4. Nach den Bestimmungen des deutschen Strafgesetzbuches ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungen- und Kehlkopftuberculose zulässig.

5. Da nach den Beobachtungen der Verfasser mehr als die Hälfte aller Kinder, welche von Müttern mit manifester Tuberculose geboren wurden, innerhalb der ersten Jahre nach der Geburt starben, so wird der Entschluss, principiell die Schwangerschaft zu unterbrechen, hierdurch erleichtert.

Von den Frauen, die während der Schwangerschaft an latenter Tuberculose litten, sind 3,5 pCt. gestorben und von den von diesen Müttern geborenen Kindern 25,9 pCt.

Bei den Frauen, deren Schwangerschaft durch Kehlkopftuberculose complicirt ist, ist das Resultat womöglich noch ungünstiger als bei den Frauen mit manifester Lungentuberculose.

Das Eheverbot ist nach Ansicht der Verfasser undurchführbar. Die Sterilisation dringend wünschenswerth. Die Castration wird wegen der damit verbundenen Beschwerden verworfen.

Nach alledem kommen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen (S. 74/5):

1. „Jede manifeste Tuberculose, welche mit deutlichen klinischen Symptomen zu uns kommt, soll in jedem Stadium der Schwangerschaft sofort unterbrochen werden."

2. „In Fällen mit manifester Tuberculose glauben wir nicht berechtigt zu sein, etwa durch die Beobachtung des Krankheitsverlaufes die Unterbrechung hinauszuschieben, selbst wenn eine vorübergehende Besserung der Beschwerden (Geringerwerden des Hustens, Abnahme der Temperatursteigerung, Zunahme des Körpergewichts) auf einen günstigen weiteren Verlauf hinzudeuten scheinen."

So dankenswerth die sorgsamen Untersuchungen der beiden Autoren sind, so kann sich Ref. doch mit ihren Schlussfolgerungen nicht einverstanden erklären. Es kann unmöglich der Weisheit letzter Schluss sein, dass man jede Schwangerschaft bei jeder tuberculösen Frau künstlich unterbricht, sobald man sie zu Gesicht bekommt. Haben doch die Verfasser selbst glaubhaft nachgewiesen, dass bei leichten Erkrankungen eine Unterbrechung der Schwangerschaft selbst noch in den letzten Monaten das weitere Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten im Stande ist. Weshalb soll man also nicht bei leicht Kranken unter regelmässiger Controle ruhig abwarten, ob die Erkrankung schlimmer wird und ein Eingreifen nothwendig macht.

Zum Schluss muss Ref. noch auf ein Missverständniss hinweisen, durch welches sie ihn mit Glas und Kraus in Gegensatz bringen.

Ref. hat in seinen Arbeiten über „Larynxtuberculose und Gravidität" wiederholentlich darauf hingewiesen, dass die Tuberculome, die auch sonst sehr gutartigen Charakter haben, während der Schwangerschaft keine Neigung zu weiterer Propagation zeigen und somit keine Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft abgeben. Glas und Kraus dagegen haben, als sie von sogenannten gutartigen Fällen sprachen, die Tuberculome mit circumscripten Infiltrationen und isolirten Ulcerationen in einer Gruppe zusammen behandelt und sind dann zu dem Schluss gekommen, dass auch bei diesen anscheinend gutartigen Processen eine zuverlässige Prognose nicht gestellt werden könne. Der Fehler, den nach Ansicht des Ref. Glas und Kraus gemacht haben, besteht darin, dass sie Tuberculome mit Ulcerationen und Infiltraten zusammengeworfen haben. Dass man nie wissen kann, was aus einer isolirten Ulceration oder einem circumscripten Infiltrat im Laufe der Schwangerschaft wird, ist ohne weiteres zuzugeben und vom Ref. immer betont worden; solitäre Tuberculome aber verändern nach den bisherigen Erfahrungen auch während der Schwangerschaft ihren gutartigen Charakter nicht und bilden deshalb in dem Capitel „Larynxtuberculose und Schwangerschaft" eine Klasse für sich. A. Kuttner (Berlin).

---

b) Französische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Paris, 8. bis 11. Mai 1911.

Rhino-laryngologischer Theil.

Brindel: Ueber die Behandlung der Synechien in der Nase.

Im Jahre 1888 hat Lavrand die Chromsäure zur Behandlung der Synechien vorgeschlagen, ohne jedoch viel Nacheiferer zu finden. Brindel empfiehlt das Mittel neuerdings und verweist, was die Technik anlangt, auf die Angaben Lavrand's.

Mignon: Zur Therapie bei der Rhinitis vasomotoria.

Ein Fall wurde mit Heilserum injicirt und es verloren sich infolgedessen die Asthmaanfälle, die Patient früher vergeblich bekämpft hatte. M. fragt, ob man nicht in allen Fällen die specifische Behandlung mit Serum versuchen sollte.

Moure: Ueber zwei Fälle von fibrösen Polypen der Nasenhöhle.

Der eine Tumor hat die Grösse von 2—3 Orangen, der andere die Form und Grösse einer Banane. Beide Tumoren wurden auf natürlichem Wege extrahirt. Sie waren beide am Choanalringe mit langem Stiel inserirt.

Jacques und Berlèmes: Fibröse Polypen der Nase.

Casuistischer Beitrag. J. findet, dass diese Tumoren weder klinisch noch pathologisch wenig erforscht sind.

Philip: Osteom der Kieferhöhle.

Genaue histologische Untersuchung dieser seltenen Tumorform. Es handelte sich um einen 19jährigen Jüngling, bei dem die Nasenverstopfung das erste auffallende Symptom war. Später entwickelte sich eine Asymmetrie des Gesichtsschädels.

Sieur und Rouvillois: Fünf Fälle von Laryngostomie.

Die fünf von den Autoren operirten Fälle stellten sich ein nach Typhus, einmal war ein Trauma die Ursache. Zwei von den laryngostomirten Patienten können nicht detubirt werden, trotzdem sie schon längst decanulirt sind. Es haben sich perilaryngeale Verwachsungen eingestellt und sind die Aryknorpel unbeweglich, was die Ursache für den nicht vollständigen operativen Erfolg ist.

Moure: Ueber einige seltene Fälle von Kehlkopfkrebs nebst Bemerkungen über die Thyrotomie.

Es giebt, namentlich bei Frauen, Fälle von Kehlkopfkrebs, die sich ungemein langsam entwickeln. Diese Fälle geben ein relativ günstiges operatives Resultat. Bei der Laryngofissur soll man die Trachea nicht mit einschneiden. Während der Operation führt Moure eine platte Canüle in den intercricotrachealen Raum ein. Operirt wird in Localanästhesie.

P. Laurens: Verengerung der Trachea.

Heilung nach Durchtrennung und Dilatation der Stenose.

Claoué: Die directe Laryngoskopie zur Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Es wird empfohlen, während der directen Laryngoskopie den Kopf und den Rücken des Patienten sanft nach vorne zu beugen, wodurch die Behandlung der hinteren Larynxwand sehr erleichtert wird.

Bonain: Ueber die Fixation der O'Dwyer'schen Tuben nach der Methode von Polverini und Isonni (s. Presse Méd. No. 40. 1911).

Soll der Tubus länger liegen bleiben, so ist es angezeigt, denselben aus Ebonit zu machen.

Siems: Ueber die Behandlung der Ozaena.

Empfohlen wird Vibrationsmassage mit Perubalsam und Spülungen mit Vichywasser.

Koenig: Ueber die Verwendung des Milchsäureferments in der Rhinologie.

Empfohlen wird ein Präparat, Pulvilactéol genannt, das auch den Schnupfen zu coupiren vermag und die Ozaena bessert.

R. Foy: Ueber die Behandlung der Ozaena mittels methodischer Athemsistirung.

Zusammenfassung der verschiedenen Publicationen des Autors über diese Frage. Ozaenakranke haben keine Nasenathmung. Diese muss ihnen erst angelernt werden. Hierzu ist nöthig, comprimirte Luft mittels eines vom Autor construirten Apparates in die Nasenhöhle und Cavum einzutreiben. Unterdessen kann anfangs noch Pinselung mit Höllensteinlösung angewendet werden. Von 32 so behandelten Patienten sind 22 vollständig oder nahezu vollständig seit einem Jahre geheilt geblieben.

Discussion:

Brindel giebt nicht zu, dass die Ozaenakranken ungenügend durch die Nase athmen. Im Gegentheil, die Athmung ist zu voll. Die comprimirte Luft wirkt nur wie eine Massage der Schleimhaut. Athemübungen allein heilen die Ozaena nicht, bessern aber den Gesammtzustand der Kranken.

Moure giebt die Theorie Foy's ebenfalls nicht zu, da man sonst nicht erklären könnte, wie die Ozaena heilt, wenn die Sinusitiden, die dieselbe verursachen, heilen, und da bei der trachealen Ozaena sicher nicht von ungenügender Athmung die Rede sein kann.

Mahu hat die Fälle Foy's controlirt und kann dessen günstige Resultate nur bestätigen. Im Verein mit den Paraffininjectionen stellt diese Behandlung heute die beste Methode dar, die wir bei Ozaena anwenden können.

Kauffmann und Grossard (Berichterstatter): Ueber die Complicationen der Adenotomie.

Die Zufälle lassen sich in folgende Gruppen eintheilen: 1. infolge von unvollständiger Diagnose; 2. infolge Blutung; 3. Verletzung der Nebenorgane; 4. nervöse Störungen; 5. Diverses. Die Berichterstatter haben diese verschiedenen

Capitel äusserst cursorisch behandelt. Unter „diversen“ Complicationen erwähnen sie auch die infolge der Anästhesie. Sie verwerfen die allgemeine Narkose bei Kindern unter 5 Jahren. Zur allgemeinen Anästhesie empfehlen sie Chloräthyl. Zum Schluss geben die Berichterstatter zu, manches Erwähnenswerthe nicht berücksichtigt zu haben.

Discussion:

Bonain findet, dass es folgende Mittel gebe, um die schädlichen Folgen der Adenotomie auf ein Minimum zu beschränken: 1. Gute Beleuchtung, 2. allgemeine Anästhesie, 3. gute Instrumente. Er sieht keinen Grund, die allgemeine Anästhesie bei Patienten vom 5. Jahre aufwärts zu verwenden.

Caboche vermeidet systematisch, Kinder zu adenotomiren, bei denen auch die leisesten Spuren einer acuten Ohrenentzündung constatirbar sind. Er operirt unter allen Umständen unter Chloräthylnarkose.

Jacques möchte gern bei Laien und auch Aerzten dahin wirken, dass man die Adenotomie nicht als banale Operation auffassen möge. Er hat wiederholt Torticollis nach Adenotomie constatirt.

Broeckaert lenkt die Aufmerksamkeit auf die nicht seltene Entzündung der prävertebralen Drüsen im Anschluss an die Adenotomie. Auch glaubt er, dass Ohrenentzündung viel häufiger eine Complication dieser Operation sind, als allgemein angegeben wird.

Kauffmann und Grossard (Schlusswort) geben zu, dass man Kinder unter 5 Jahren narkotisiren darf behufs Adenotomie, nur wollten sie im Referate ihrer persönlichen Vorgangsweise Ausdruck geben.

Gault: Ueber den Mundweg als Zugang zur peritonsillären Gegend des Kieferrachenwinkels.

Patient liegt mit überhängendem Kopfe, der vordere Gaumenbogen wird stark nach aussen gezogen. Dann sucht man die drei knöchernen Orientirungspunkte auf: Wirbelsäule, Os styloideum, Processus lat. des Atlas. Hinder dem Musculus stylopharyngeus liegt die Carotis interna. Diese kann unterbunden oder mit dem Nervenpacket verdrängt werden. Auf diese Weise kann man sich so leicht von innen her Zugang zu dem Lumen dieser Gegend verschaffen. Mittheilung eines Falles von Lymphosarkom, der so operirt worden ist.

Guisez (Paris): Ueber die primären Tumoren der Trachea und der Bronchien. Endoskopische Diagnostik und Behandlung.

Es werden besprochen die Papillome und Polypen, die sich im Anschlusse an die Tracheotomie bei Kindern entwickeln, die Hernien der hinteren Trachealwand und die Ecchondrome der Trachealknorpel. Genauer wird beschrieben ein Fall von Carcinom der Bronchialschleimhaut, das röntgenologisch und klinisch unheilbar war und wo endoskopisch ein Stück zur histologischen Untersuchung entfernt werden konnte.

Laval (Toulouse): Die hintere directe Rhinoskopie.

Die Technik und Indication der Methode wird besprochen.



Jacques (Nancy): Periösophagealer Abscess nach Extraction einer Fischgräte aus der Speiseröhre.

Spontane Eröffnung mit Ausgang in Heilung.

Texier (Nantes): Münze im Oesophagus eingekeilt.

Ein Soustück war in der Höhe des 5. Dorsalwirbels eingekeilt. Der ösophagoskopische Tubus war zu breit und deshalb musste die äussere Oesophagotomie gemachr werden. Heilung.

Mouret (Montpellier): Ueber Fremdkörper des Oesophagus und der Bronchien.

Die Fremdkörper der Speiseröhre wurden sämmtlich (7) auf endoskopischem Wege entfernt. Der Fremdkörper der Bronchien betraf ein kleines Mädchen, bei dem ein Kirschstein sich in den linken oberen Bronchus fixirt hatte und nicht extrahirt werden konnte. Im Anschluss an diese Fälle warnt Mouret, sich auf einen negativen radioskopischen Befund zu verlassen, um die Oesophagoskopie bei Fremdkörperverdacht zu unterlassen. Am schwersten ist die Extraction von glatten Fremdkörpern, die hinter dem Ringknorpel fixirt sind.

Sargnon (Lyon): Ueber einige endoskopische und chirurgische Fälle der Luftwege und der Speiseröhre.

Alle von S. laryngostomirten Patienten bis auf zwei sind geheilt. Für die chirurgische Intervention an den Luftwegen, Kehlkopf, Trachea etc. benutzt S. jetzt nur noch die locale Anästhesie. Zweimal konnte der Fremdkörper aus dem Oesophagus nicht auf natürlichem Wege extrahirt werden und machte Oesophagostomie nöthig.

Viollet (Paris): Recidivirende Angina, nach Plicotomie geheilt.

Trotz wiederholter Adenotomie und Amygdalotomie wiederholten sich bei einem Kinde die Anginaanfälle alle Jahre, bis sie endlich nach Abtragung der Hiss'schen Falte definitiv ausblieben.

Trétrôp (Antwerpen): Ein- und beiderseitige Stirnhöhlenentzündung auf endonasalem Wege geheilt.

Der Autor empfiehlt Spülungen der erkrankten Höhlen mittels feiner Canüle aus Neusilber und Pravazspritze. Als Medicamente empfiehlt er Perhydrollösungen, Protargol etc.

Sargnon: Ueber einige chronische Fälle von Nebenhöhlenentzündungen, namentlich der Stirnhöhlen.

Aufzählung der Fälle, in denen von aussen intervenirt werden musste, namentlich in Fällen von Tumoren und Traumen.

Sieur und Rouvillois (Paris, Berichterstatter): Ueber die chirurgische Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. Kritische Studie der Folgezustände.

Diesem sehr genauen Referate liegt die ähnliche Arbeit Luc's zu Grunde. In einer besonderen Studie wird die allmähliche Entwickelung der Stirnhöhlen-

operationen bis zu ihrer heutigen Form gezeigt. Im Anschluss daran werden die Fälle, die in der Literatur über unglücklichen Ausgang der Stirnhöhlenoperationen veröffentlicht sind, zusammengetragen, nach Gruppen geordnet und die Ursache des unglücklichen Ausganges erörtert. Auf Grund dieser Untersuchungen können die Autoren die hauptsächlichsten ätiologischen Momente für die Todesfälle und die nöthigen prophylactischen Maassnahmen resumiren. Was den Berichterstattern hauptsächlich eigen ist, ist die Controle der Arbeiten von Vacher, der die Eröffnung der vereiterten Stirnhöhle von der Nase aus in erster Linie empfohlen hat. Die ähnlichen Arbeiten von Halle sind den Berichterstattern entgangen. Da Vacher keine klinischen Publicationen gemacht hat, so konnten Sieur und Rouvillois nur anotomisch die Angaben Vacher's controliren. Sie gelangen zur Ueberzeugung, dass die Anbohrung und Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus als allgemeiner Operationsmodus unmöglich ist. Wenn auch die Berichterstatter nicht jeden Fall von Stirnhöhleneiterung gleich von aussen operiren, so rathen sie doch zu diesem Wege, wenn mit den endonasalen Manipulationen nicht rasch eine wesentliche Besserung zu erzielen ist. Die Zufälle der äusseren Operation gehören heute nach Ansicht der Berichterstatter der Domäne der Historie an und sind in jedem Falle dem Chirurgen zur Last zu legen. Ein einziger Operationsmodus ist nicht mehr angezeigt, sondern es muss in jedem speciellen Falle ein eigener Operationsplan gemacht werden. Vor zu reichlichem Operiren, zu energischem Auskratzen der erkrankten Schleimhaut wird man sich zurückhalten müssen. Namentlich ist für eine gute Drainage zu sorgen und wird die Drainage durch die Nase allein nur in den seltensten Fällen ausreichen.

Discussion:

Luc: Die Chirurgie der Stirnhöhle kann heute als ungefährlich bezeichnet werden. Nichtsdestoweniger sind die Versuche Vacher's äusserst interessant. Es ist nur zu bezweifeln, ob in anderen als in Vacher's geübten Händen die Anbohrung der Stirnhöhle von der Nasenhöhle aus eine ungefährliche Operation bleiben wird.

Moure findet, dass man mit der Chirurgie der Stirnhöhle manches Unglück zu verzeichnen gehabt hat, weil die Operationslust manchmal die Grenzen der chirurgischen Besonnenheit überschritten hat. Am besten ist es, sowie es die Referenten schon gesagt haben, sich nicht an eine Operationsmethode zu halten.

Jacques bezeichnet als die gefährlichste Gegend den Theil des Siebbeins, der innen vom Septum und aussen von der Anheftungsstelle der Muschel begrenzt ist. Erst wenn die ganze Stirnhöhle gereinigt ist, nimmt Jacques diese Gegend mit einer starken Zange weg.

Vacher hat seine Methode niemals als Universalmethode angepriesen. Dass sie sich practisch bewährt hat, beweisen seine Erfahrungen, über die er ausführlich berichten wird.

Paul Laurens (Paris): Anatomische und klinische Entwickelung eines Falles von Leukoplasie des Kehlkopfes.

Die während der zehnjährigen Beobachtungen wiederholt ausgeführten histologischen Untersuchungen zeigen seit drei Jahren eine sichere Umwandlung des

leukoplastischen Gewebes in Carcinom, während klinisch sich der Anblick wenig ändert.

A. Castex (Paris): Die hochgespannten Ströme in der oto-rhinologischen Praxis.

Am besten haben sich die D'Arsonval'schen Ströme gegen die idiopathische Rhinorrhoe bewährt. Weniger gut sind die Resultate, die Castex mit diesen Strömen in der Behandlung der Ozaena erzielt hat.

Thooris (Paris): Neue Apparate zur Messung des thoracalen und abdominalen Druckes bei der Athmung.

Lautmann (Paris).

---

c) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 6. Januar 1911.

Vorsitzender: Watson Williams.

Patterson: Zahnplatte aus der Speiseröhre entfernt.

56jährige Frau; ösophagoskopische Entfernung der beim Essen verschluckten Zahnplatte.

Tweedie: Präparat von einem 6 Monate alten Kind, Deformation des Gaumens durch eine Schwellung, die sich als der Glandula pituitaria angehörend herausstellte.

Prof. Keill betont, dass ein merkwürdiger Zusammenhang zwischen der Glandula pituitaria und dem lymphoiden Gewebe des Nasenrachens zu bestehen scheint.

Kelson: 12jähriger Knabe mit Nasenrachenpolyp. Recidiv $2^1/_2$ Jahre nach der Operation. Das Antrum war bei der Durchleuchtung dunkel, und es war zweifellos, dass der Tumor wieder in die Höhle hineingewachsen war.

Scanes Spicer: Maligne Rachenerkrankung mittels Radium behandelt.

Im Pharynx ist eine Röntgenanwendung ziemlich schwierig. Im vorliegenden Fall handelte es sich um ein Epitheliom. Anwendungsdauer des Radium 14 Stunden. Das Radium wurde an ein Bellocqu'sches Röhrchen angebracht.

Lieven (Aachen): Demonstration von Instrumenten zur intravenösen Injection von „606".

Im Verlauf seiner Bemerkungen warnt L. davor, das Salvarsan als ein unbedingt zuverlässiges Mittel, das in jedem Fall zur Heilung führt, zu betrachten. Wie bei allen Arsenpräparaten sind auch beim Salvarsan die Resultate in manchen Fällen wunderbar, jedoch sind Recidive sehr häufig.

Cathcach: Zwei Fälle von Pharynxpapillom und einer von Geschwürsbildung im Stimmband bei einem 67jährigen Mann zur Diagnose.

Sitzung vom 3. Februar 1911.

Hill: Demonstration der Hill-Herschall'schen combinirten directen und indirecten Methode der Oesophago-Gastroskopie.

Die Methode wurde an einem 54jährigen Patienten mit chronischer Gastritis demonstrirt. Durch den Oesophagus wurde die Tube mit Leichtigkeit in den vorher ausgespülten und mit Luft gefüllten Magen geführt; es gelang leicht, den Pylorus zu sehen, der sich rhythmisch öffnete und schloss.

Rose: Tuberculöse Tonsillitis bei einem 21jährigen Mann.

Die Pirquet'sche Reaction war negativ, aber die mikroskopische Untersuchung der Tonsille ergab Tuberculose.

Pegler: 1. Ein Fall von tuberculösen Geschwüren auf Adenoiden, gleichzeitig Kehlkopftuberculose.

In den Adenoiden fanden sich zahlreiche Riesenzellen; Impfung eines kleinen Stückchens auf Meerschweinchen tödtete das Thier und man fand zahlreiche Tuberkel in der Bauchhöhle.

2. Ausgedehnte Geschwüre in Pharynx und Tonsillen.

Frage, ob es sich um Lues oder malignen Tumor handelt.

Tetens: 38jähriger Mann mit primärem Carcinom der Tonsille.

Nach der Operation wurde Patient einer Behandlung mit X-Strahlen unterworfen.

Donelan: Fall von Schwellung am Ansatz des rechten Stimmbandes an der Spitze des Processus vocalis.

Es bestand an der Stelle starke Hyperämie; Patient war ein 52jähriger professioneller Sänger. Man sah eine hyperämische Zone um eine halbe herpetische Blase an der Spitze des Processus vocalis.

Der Fall wurde von den Mitgliedern als eine Form beginnender Pachydermie betrachtet, jedoch die Möglichkeit einer malignen Erkrankung nicht in Abrede gestellt.

Mackenzie: 8jähriges Kind mit Kehlkopfpapillomen.

Tracheotomie, nachfolgende Entfernung auf autoskopischem Wege.

Graham: Beiderseitige tuberculöse Tonsillitis.

29jährige Frau; beide Tonsillen vergrössert; Oedem der Aryknorpel; keine Anzeichen von Lungenerkrankung. Es handelt sich wahrscheinlich um eine primäre Tonsillartuberculose.

Badgerow: Schilddrüse auf dem Zungengrund.

17jähriges Mädchen. Die Geschwulst ist sehr hart.

Davis: Sarkom des Oberkiefers bei einem 70jährigen Mann.

Es handelte sich um maligne Degeneration des Antrum nach Empyem und

Polypenbildung, die seit 2 Jahren bestanden. Es besteht ein Oedem des unteren Lides. Der Thränensack war wegen septischer Infection excidirt worden.

H. J. Davis.

---

d) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Mai 1911.

Vorsitzender: O. Chiari.

Glas demonstrirt klinisch primäre Tuberculose des knorpeligen Nasenseptums bei einer 60jährigen Frau. Histologischer Befund: Tuberculose.

Ferner: Eine zwischen den Blättern des weichen Gaumens gelegene abgekapselte (intramurale) Geschwulst bei einem 50jährigen Manne. Möglicherweise Fibrom oder dermoidale Bildung.

Weiter: Demonstration zweier Fälle von Kehlkopfquetschung.

Menzel demonstrirt: a) den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von abnormen rhythmischen Bewegungen der seitlichen Pharynxwand, wobei die genaue Analysirung des Falles ergeben hat, dass es sich um einen postapoplektischen Reizzustand in den Centren der Rachen- und Kehlkopfmuskeln handelt.

Hierzu macht Réthi einige Bemerkungen über eine analoge Beobachtung.

b) Das pathologisch-anatomische Präparat des in der Märzsitzung 1911 vorgestellten Falles von Lymphosarkom des Rachens, Kehlkopfes und der Nase. In der Bronchialschleimhaut u. a. findet man reichlich hirsekorngrosse Knötchen als abnormalen Befund; bemerkenswerth ist auch die Ausbreitung der Geschwulst auf die Muscheln und das Septum nasi.

O. Hirsch stellt eine Patientin mit Polyposis der rechten Kieferhöhle vor.

Tschiassny demonstrirt einen Patienten, bei welchem eine bereits bestehende Perforation des knorpeligen Septums durch eine submucöse Deviationsoperation zum Verschluss gebracht werden konnte.

Hanszel stellt eine Patientin vor, welcher von einem Raubmörder vor 4 Jahren der Kehlkopf gerade im Niveau der Stimmbänder durch einen horizontalen Schnitt eröffnet wurde. Verwachsung der Stimmlippen zu zwei Drittel ihrer Länge; entsprechende Stimm- und Athembeschwerden. — Besprechung der einzuschlagenden Therapie.

Discussion: Fein, Réthi, Roth, Menzel, Stern sprechen zur Frage der Therapie.

Hanszel demonstrirt ein von ihm modificirtes Nasenspeculum mit abnehmbaren nasalen Branchen. Bajonettverschluss.

Weil demonstrirt einen mit retrograder Bougierung behandelten Fall von Trachealstenose. Eigens construirte Schornsteincanüle.

Hierzu sprechen Kahler, Fein, Chiari, Glas.

Sitzung vom 5. April 1911.

Vorsitzender: O. Chiari.

O. Hirsch berichtet über zwei Fälle von cystischen Polypen der Kieferhöhle von bedeutender Grösse, welche gelegentlich bei Probepunctionen der Kieferhöhle vom unteren Nasengang durch das abnorm grosse Ostium maxillare naturale in die Nase hinausgepresst wurden.

Discussion: Weil und Kofler meinen, dass es sich hierbei nicht um Kieferhöhlenpolypen, sondern um Nasenpolypen gehandelt haben dürfte, die eben durch das weite Ostium maxillare ins Antrum gelangten, wogegen sich Hirsch im Schlusswort mit der Begründung wendet, dass die fraglichen Polypen nach der Ausspülung ganz lose in der Nasenhöhle lagen und mit einer Pincette leicht entfernt werden konnten.

Glas demonstrirt einige Fälle von Schleimhauttuberculose der Zunge, des Zahnfleisches und der Lippen.

Discussion: Neumann spricht über eine ähnliche Beobachtung.

Kofler stellt einen Patienten vor, bei welchem nach Eröffnung einer Mucocele des hinteren Siebbeins die im Vordergrunde aller Symptome stehenden Sehstörungen sofort verschwanden.

Menzel: 1. Isolirter primärer Lupus vulgaris des Rachens; klinische und histologische Bemerkungen.

2. Angeborene Asymmetrie beider Nasenhöhlen mit gleichzeitig bestehender Hasenscharte.

3. Pulsatorische Erschütterungen in beiden Seitentheilen des Rachens, warscheinlich Venenpuls.

Hierzu sprechen Réthi, Marschik und Menzel.

Marschik demonstrirt histologische Präparate von zwei interessanten Neoplasmen der oberen Luftwege. Kleinzelliges Spindelzellensarkom der Nase bei einer 66jährigen Frau, die vor 5 Monaten an Carcinoma mammae operirt und radical geheilt wurde. Plattenepithelcarcinom des Hypopharynx und Larynx bei einem 21jährigen Mädchen. Hanszel.

IV. Briefkasten.

Sitzung des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse.

Am Vorabend der Eröffnung des III. Internationalen Congresses in Berlin fand unter Vorsitz von Prof. Chiari (Wien) eine Sitzung des Internationalen Comités statt. Anwesend waren: Beliaeff (Moskau), Broeckaert (Gent), Burger, (Amsterdam), Costiniu (Bukarest), Cisneros (Madrid), Chiari (Wien), Finder (Berlin), Dundas Grant (London), Gradenigo (Turin), Hellat (St. Petersburg), Heymann (Berlin), Holmgren (Stockholm), v. Irsai (Budapest), Jurasz (Lemberg), Kato (Japan), Killian (Freiburg), Luc (Paris), Lubliner (Warschau), Onodi (Budapest), Poli (Genua), St. Clair Thomson (London), v. Uchermann (Kristiania), Watson Williams (Bristol).

Nachdem die Versammelten zu den bisherigen Arbeiten des Vorsitzenden und des Secretairs ihre Zustimmung ausgesprochen hatten, wurde zunächst in eine Debatte über die zukünftige Zusammensetzung des Comités eingetreten, die sich recht lebhaft und langdauernd gestaltete und schliesslich zu folgendem Beschluss führte:

Das Internationale Comité soll künftig derart zusammengesetzt sein, dass jeder Grossstaat in ihm durch zwei, alle anderen Staaten durch einen Vertreter repräsentirt sind. In Betracht kommen nur jene Staaten, in welchen laryngorhinologische Gesellschaften bestehen.

Prof. Chiari (Wien) erklärte sodann, dass er sein Amt als Vorsitzender des Comités mit der Beendigung dieses Congresses für erledigt ansehe, es daher niederlege und empfahl, an seine Stelle B. Fränkel (Berlin) zum künftigen Vorsitzenden zu wählen. Diesem würde dann die Aufgabe zufallen, das neue Comité gemäss dem obigen Beschlusse zu constituiren. Ihm solle der Unterzeichnete auch fernerhin als Secretair des Comités zur Seite stehen. Der Vorsitzende und Secretair sollen sich an die verschiedenen laryngologischen Gesellschaften wenden und diese auffordern, die entsprechenden Vertreter des betreffenden Landes in das Comité zu wählen. Das officielle Publicationsorgan des Comités solle auch fernerhin das Semon'sche Centralblatt bleiben.

Nachdem auch diese Vorschläge des Vorsitzenden gebilligt waren, wurde über die Seitens der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft ergangene Einladung, den nächsten Congress im Jahre 1915 in Kopenhagen abzuhalten, berathen und einstimmig beschlossen, der Plenarsitzung des Congresses Annahme dieser Einladung zu empfehlen.

Am zweiten Congresstage fand eine Geschäftssitzung des Plenums der Congressmitglieder statt. Nach einigen einleitenden Worten Chiari's erstattete der Unterzeichnete als Schriftführer des Comités Bericht über dessen bisherige Thätigkeit. Dann unterbreitete Chiari dem Plenum die in der Sitzung des Comités zur Annahme empfohlenen Beschlüsse; sie fanden sämmtlich die Billigung des Plenums und wurden damit rechtskräftig.

Besonders sei auch darauf hingewiesen, dass die Einladung für das Jahr 1915 nach Kopenhagen einstimmig angenommen wurde. Da auch dem Internationalen Comité der Otologencongresse eine solche Einladung zugegangen ist und zu erwarten steht, dass auch das Plenum des 1912 in Boston stattfindenden Otologencongresses die Einladung annehmen wird, so würden dann beide Congresse, nur durch einen dazwischenliegenden Sonntag getrennt, im Anschluss an einander stattfinden und so den Wünschen auch derjenigen Gerechtigkeit widerfahren, die Interesse daran haben, beide Congresse zu besuchen. Es sei nicht unerwähnt, dass in den diesen Punkt betreffenden Berathungen mit aller Entschiedenheit darauf hingewiesen wurde, dass trotz der aus Nützlichkeitsgründen wünschenswerthen zeitlichen und räumlichen Vereinigung beide Congresse ihren Charakter als zwei vollständig von einander unabhängige Veranstaltungen zu wahren hätten. Finder.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, November. 1911. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **F. Blumenfeld** (Wiesbaden). **Zur Erinnerung an Friedrich Hofmann.** *Zeitschrift f. Laryngologie. Bd. 4. S. 237. 1911.*

F. Hofmann, der Erfinder des Reflectors, hat den Reflector in erster Linie zur Untersuchung des äusseren Gehörganges empfohlen; doch geht aus seiner Veröffentlichung in Casper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde 1841 hervor, dass er das Instrument auch zur Beleuchtung der Nasen- und Rachenhöhle gebraucht hat. Sein Vorschlag, bei Untersuchung von Körperhöhlen den Reflector anzuwenden, fand dazumal wenig Interesse.

Den von Hofmann gebrauchten, mit Handgriff versehenen Reflector, ein historisch interessantes Instrument, hat nun B. abgebildet und auch dei wissenschaftlichen Ausstellung des dritten internationalen Congresses zugeschickt.

OPPIKOFER.

Discussion über: Neue Fortschritte in der Kenntniss und Behandlung von Krankheiten der oberen Luftwege. (Recent progress in the knowledge and treatment of diseases of the upper respiratory tract.)

2) **Henry L. Swain. Nase und Nasennebenhöhlen.**

3) **W. K. Simpson. Mundrachen und Nasenrachen.**

Der grosse Werth des Pharyngoskops wird hervorgehoben. Es wird ferner besprochen: die Angina Vincentii, die Bedeutung des Spirochaetennachweises für die Diagnose der primären und besonders der secundären Rachenaffectionen, der gegenwärtige Stand der Serumtherapie, die Anwendung des Calciumlactats, die Frage, ob Tonsillotomie oder Tonsillectomie.

4) **Sidney Yankauer. Kehlkopf, Trachea und Bronchien.**

Y. ist der Ansicht, dass für bronchoskopische Masssnahmen die ursprünglich von Killian gebrauchte Stirnlampe vorzuziehen ist, für die directe Laryngoskopie

dagegen, wo die Tube ein erheblich breiteres Lumen hat und das Gesichtsfeld direct am Ende des Instrumentes liegt, hat der Jackson'sche Apparat Vorzüge.

Y. bespricht ferner die bronchoskopische Behandlung des Asthmas, ferner die Meltzer-Auer'sche Methode der directen Luftinsufflation in die Trachea.

EMIL MAYER.

5) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Wirkung des Ehrlich-Hata'schen Mittels 606 auf die Mundspirochaeten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1910.*

Das Mittel zeigte in einem Falle eine abtötende Wirkung auch auf die nicht syphilitischen Mundspirochaeten; in einem zweiten Falle blieb sie aus.

ZARNIKO.

6) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Mittheilungen über die Spirochaeten der Mundrachenhöhle und ihr Verhalten zu Ehrlich-Hata's 606 (Salvarsan).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1910.*

Die Mundrachenhöhle enthält stets an folgenden drei Stellen Spirochaeten: 1. am Zahnhals, 2. in den Tonsillenlacunen, 3. zwischen den Zungenpapillen, an anderen Stellen nur unter pathologischen Verhältnissen. Die Spirochaeten sind grobe oder feine und das Aussehen der letzteren variirt derart, dass sie häufig von der Spirochaete pallida nicht zu unterscheiden sind. Findet man Spirochaeten in Gesellschaft von fusiformen Bacillen in einem Geschwür vor, so kann es sich sowohl um Plaut-Vincent'sche Angina, wie auch um Lues handeln. Die Spirochaeten der Mundrachenhöhle werden an gesunden Stellen vom Salvarsan wenig oder gar nicht beeinflusst. Dagegen werden sie auf Geschwürsflächen durch das Mittel geschädigt, wie Fälle beweisen, in denen Plaut-Vincent'sche Angina durch Salvarsanbehandlung geheilt wurde (Ehrlich, Gerber).

ZARNIKO.

7) **Magnus Möller** (Stockholm). **Ueber die Indicationen und über die Dosirung des Quecksilberöls, Quecksilberintexicationen und Angina resp. Stomatitis ulcero-gangraenosa. (Om Merkuriel-oljans indikatiener och dosering samt om kvieksilfverintexikation och angina resp. stomatitis ulcero-gangraenosa.)** *Hygiea. Juni 1911.*

Nach einem eingehenden Studium über die Wirkung und Dosirung des 45proc. Quecksilberöls fasst Verf. seine Erfahrungen in folgende Punkte zusammen:

. . . .

5. Verschiedene Intoxicationen sind die Folge von einer unrichtigen Dosirung des Quecksilberöls, die bei einigen Fällen letal endeten; dieser unglückliche Ausgang wird durch folgende Ursachen erklärt:

a) . . . . .

b) . . . . .

c) eine früher bestehende oder während der Hg-Behandlung entwickelte Angina ulcero-gangraenosa.

6. Eine Angina pseudomembranacea resp. ulcero-gangraenosa Vincenti wird während einer Hg-Behandlung verschlimmert.

7. In 3 Fällen von Angina gangraenosa, die Verf. Gelegenheit gehabt hat, zu sehen, war der Krankheitsprocess vollständig einheitlich; sämmtliche Patienten starben nach einem Monat an Marasmus.

8. Bei der Quecksilberölstomatitis ist die primäre Veränderung chemischer Natur, Ablagerung von Schwefelquecksilberkörnern in den Gefässwänden; secundär können Bakterien mitwirken, darunter Bacillus fusiformis.

. . . .   E. STANGENBERG.

8) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Schmerzhafte Operationen im Gebiete des Gesichtsschädels und Mundes unter Leitungsanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 35. S. 1623. 1910.*

K. reclamirt gegenüber Offerhaus (D. med. Wochenschr. 1910, No. 33) die Priorität des Vorschlages, die beiden ersten Trigeminusäste mit der Injectionsspritze in der Tiefe der Flügelgaumengrube zu erreichen, unter Verweisung auf seinen Aufsatz: Beiträge zur submucösen Fensterresection der Nasenscheidewand, Passow's Beitr. 1, S. 183 (1908).   ZARNIKO.

9) **Herm. Fischer** (Stettin). **Ueber einige Anästhesirungsmethoden mit Alypin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1910.*

Verf. ist mit der Alypinanästhesie für Nasen- und Kehlkopfoperationen sehr zufrieden.   ZARNIKO.

10) **Reimers** (Osnabrück). **Beitrag zur Technik der Localanästhesie in der Rhino-Laryngologie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1911.*

R. bespricht eingehend die Vorzüge und Nachtheile sowohl des Cocains, wie des Alypins, und kommt zu dem Schluss, dass das Alypin ein vollwerthiger Ersatz des Cocains und wegen seiner geringeren Toxicität dem Cocain vorzuziehen sei. R. schildert eingehend die von ihm bei den mannigfachsten operativen Eingriffen geübte Alypin-Technik.   HECHT.

11) **T. G. Ouston. Radium bei Hals- und Nasenkrankheiten. (Radium in diseases in the nose and throat.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. October 1911.*

Verf. beschreibt einen besonderen Applicator für Anwendung von Radium bei Nasen-, Pharynx- und Larynxkrankheiten. In der Form gleicht er einem kleinen ovalen Kehlkopfspiegel, dessen eine Seite mit einer Lage von Radiumpaste von einer Activität von 500000 belegt ist. Die Paste ist durch eine Lage von Lack geschützt und das Instrument ist auf einem Stiel aus biegsamem Metall montirt. Zum Gebrauch wird es in eine einfache Lage von Guttaperchastoff gehüllt. Verf. hat dies Instrument mit Vortheil bei Lupus der Nase, des Nasenrachens und Larynx benutzt, ferner bei einem Ulcus rodens des äusseren Ohres und einer specifischen Ulceration der Zunge. Das Instrument wird in den Nasenrachen durch die Nase eingeführt und mit Hülfe des Nasenrachenspiegels in seiner Lage gehalten.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass der volle Erfolg erst nach ungefähr dreimonatlicher Anwendung erzielt werden kann; bei der gebrauchten Paste ist eine halbstündige Application nicht zu lang. Er hat oft constatiren können, dass

Schmerzen auch da oft sehr schnell nachlassen, wo noch keine andere Besserung augenscheinlich ist.

A. J. WRIGHT.

12) **Wolff Freudenthal. Die endobronchiale Asthmabehandlung. (The endobronchial treatment of asthma.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1911.*

Fall I. Junger Mann mit Asthma bronchiale. Nach Einführung des Tubus in den rechten Bronchus sah man eine das Lumen derselben verlegende Schleimmasse, die nach Cocainapplication expectorirt wurde. Dann Wiedereinführung des Rohres und Einträufeln von 5 bis 10 Tropfen einer Orthoformemulsion; Heilung.

Fall II behandelt zwei Monate lang wöchentlich einmal durch Einträufeln von 15—20 Tropfen einer Adrenalinlösung 1 : 1000. Seit vier Monaten kein Anfall mehr.

Fall III. Bei der Bronchoskopie fand Verf. in dem einen Bronchus ein Ulcus, das er, da Tuberculose und Syphilis auszuschliessen waren, für ein benignes Geschwür anspricht und mit den im Rachen vorkommenden und von ihm als „rheumatische gutartige" beschriebenen Geschwüren gleichstellt. Es wurde Propäsinemulsion eingeträufelt; man konnte die Heilung des Ulcus bronchoskopisch feststellen.

Fall IV. Die Bronchoskopie unter Localanästhesie war bei der sehr nervösen Patientin nicht möglich; sie wurde daher in Narkose gemacht; Einträufelung von 20 Tropfen Adrenalin, seitdem kein Anfall mehr.

Verf. hat im Ganzen 11 Patienten endobronchial behandelt, 8 von ihnen können als geheilt betrachtet werden, 3 wurden erheblich gebessert und bei 2 war das Resultat ein negatives.

EMIL MAYER.

13) **Erbrich. Die Bronchoskopie bei Asthma.** *Medycyna. No. 16. 1911.*

Verf. demonstrirt 3 Kranke, bei denen er wegen Asthma bronchiale die Bronchoskopie ausgeführt hat. Nur in einem Falle war das Resultat positiv.

A. v. SOKOLOWSKI.

14) **Sidney Yankauer. Demonstration einer neuen directen Laryngoskopie. (Demonstration of new direct Laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Mai 1911.*

Die Aenderung besteht darin, dass der Tubus keilförmig gestaltet ist; er kann an den Brünings'schen Handgriff angemacht werden.

Der Vortheil soll in Folgendem bestehen: Man kann mit beiden Augen sehen und erhält so ein spektroskopisches anstatt eines Flächenbildes. Ferner kann ein Beobachter auf der einen, ein anderer auf der anderen Seite hineinblicken, so dass zwei Beobachter auf einmal den Larynx sehen können. Drittens wird vermieden, was bei Einführung eines Instrumentes in ein grades Rohr der Fall ist, dass das Instrument das Gesichtsfeld verlegt und man nicht sieht, wo seine Spitze die Schleimhaut berührt. Bei vorliegender Modification kann das Instrument von der einen Seite eingeführt werden, während der Operateur von der anderen Seite hineinblickt und genau beobachten kann, wo sich seine Spitze befindet.

EMIL MAYER.

15) **Harold Hays. Eine neue Taschen-Stirnlampe. (A new vest pocket head lamp.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juni 1911.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Sakaguchi,** Kakutaro (Yamagata). **Untersuchungen über den Canalis nasolacrymalis bei Japanern.** *Ijishimbun. No. 803. April 1910.*

Messungen des knöchernen Ductus nasolacrymalis bei 46 Schädeln Erwachsener. Durchmesser des Canals in der sagittalen Richtung: Minimum 4,0 mm, Maximum 7,3 mm, durchschnittlich 5,17 mm. Durchschnitt in der frontalen Richtung: Minimum 3,5 mm, Maximum 7,0 mm, durchschnittlich 4,5 mm. Die Durchmesser sind kleiner bei Frauen als bei Männern. Die Länge des knöchernen Canals: Minimum 14,10 mm, Maximum 23,0 mm, durchschnittlich links 16,9, rechts 16,5. Die Länge vom oberen Ende des Canals bis zum unteren Nasengang: Minimum 18,0 mm, Maximum 33,0 mm, durchschnittlich 26,5 mm.

INO KUBO.

17) **C. E. Reynolds. Nasenverstopfung und ihre Folgen bei Schulkindern. (Nasal obstruction and its consequences in school children.)** *British Medical Journal. September 1911.*

Verf. betont die Bedeutung der Nasenathmung für die Schulkinder; er führt Fälle von Herzklappenerkrankung an, die er auf eine von den Tonsillen ausgehende Infection zurückführt.

J. A. WRIGHT.

18) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Die Behandlung der Nasenstenose. (The treatment of nasal obstruction.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1911.*

Verf. warnt davor, wichtige Gebilde in der Nase zu zerstören und empfiehlt für die Muschelhypertrophie die submucöse Resection. Für die auf Gefässparese beruhenden Hyperplasien der unteren Muschel empfiehlt Verf. die Caustik. Eine Leiste auf der einen Seite ist im Stande, Anschwellung der Muscheln auf beiden Seiten zu verursachen; ihre Entfernung stellt die Athmung auf beiden Seiten wieder her.

Unter den durch adenoide Vegetationen verursachten Störungen erwähnt Verf. auch Schwäche des Auges, Photophobie und Thränenlaufen.

Um zu entscheiden, ob Kopfschmerzen zurückzuführen seien auf Ueberanstrengung des Auges oder Blutüberfüllung in der Nase, empfiehlt Verf. die submucöse Punction der unteren Muschel.

A. J. BRADY.

19) **Robert Palbin** (Adelaide). **Die verschiedenen Arten der Nasenstenose und ihre Wirkungen. (Nasal obstruction its varieties and effects.)** *Australasian Medical Gazette. 28. Mai 1911.*

Unter den verschiedenen Wirkungen der Nasenstenose nennt Verf. auch, dass eine hyperplasierte mittlere Muschel die Ostia der Oberkieferhöhle, der Siebbeinzellen und die Mündung des Infundibulum verlegt und ein Vacuum in den Höhlen erzeugt und durch den atmosphärischen Druck Kopfschmerzen verursacht.

Wie Schwerhörigkeit durch Nasenstenose entsteht, erklärt Verf. durch das partielle Vacuum, das während des Schlafes erzeugt wird, und das Bestreben der Luft, den negativen Luftdruck durch das Trommelfell hindurch auszugleichen.

A. J. BRADY.

20) **E. E. Foster. Intranasale Messungen, die anzeigen, dass Gaumendehnung die Weite der Nasenhöhlen vermehrt. (Intranasal measurements which indicate that palatal expansion increases the width of the nasal fossae.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

1. Gaumen- und Zahnirregularitäten sind gewöhnlich mit unvollkommener Nasenathmung verbunden, und zwar können jene durch diese verursacht sein oder umgekehrt.

2. Intranasale Messungen machen es evident, dass Dehnung des Gaumengewölbes auch die Nasenhöhlen erweitert.

EMIL MAYER.

21) **Woldemar Richter** (Leipzig). **Die genetischen und functionellen Beziehungen zwischen Nase und Gebiss.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 3. 1911.*

Verf. zeigt, wie sowohl in normalen als pathologischen Fällen Nase und Gebiss in genetischer und functioneller Hinsicht in Wechselwirkung stehen. Zunächst soll ein Nasenarzt die Ursachen der Nasenstenose zu beseitigen suchen, beim Versagen des Erfolges durch intra- oder retronasale Operationen tritt, zumal bei gleichzeitigem Vorhandensein von Bissanomalien, die orthodontische Behandlung in ihr Recht.

Durch Dehnung der Kiefer mittelst Drahtbogen oder Schraubenapparate können sowohl der Gaumen verbreitert als auch die Nasenhöhlen ausgeweitet werden, so dass die Nasenathmung hergestellt wird.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

22) **Frederick S. Mac Kay. Die Correction von Kieferdeformitäten als prophylaktische Maassregel. (The correction of deformities of the maxillae as a prophylactic measure.)** *The Laryngoscope. August 1910.*

Verf. spricht von der Zweckmässigkeit einer frühzeitigen orthodontischen Behandlung von Kieferdeformitäten auch in Bezug auf die Erweiterung der Nasenhöhlen.

EMIL MAYER.

23) **Geo V. J. Brown. Die Wirkung der Kiefercorrection auf die Entwickelung der Nasenhöhlen und des Gesichts. (The effect of maxillary readjustement upon the development of nasal chambers and face.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1910.*

Verf. bespricht den günstigen Effect der Kieferdehnung auf die irreguläre Zahnstellung und die Nasenstenose.

EMIL MAYER.

24) **Nelson M. Black. Dehnung der Kieferbögen bei Nasenstenose. (Widening the dental arches in nasal stenosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1910.*

Vor jedem operativen Eingriff in die Nase sollte man erst sich vergewissern,

ob man es zu thun hat mit einem Individuum mit normalem oder in der Entwickelung zurückgebliebenem Kieferbogen.

EMIL MAYER.

25) **H. Rollinson Whitaher. Die Beziehung der Nasenverstopfung zu engem Gaumen und Zahnunregelmässigkeiten. (The relationship of nasal obstruction to contracted arches and dental irregularities.)** *British Dental Journal. Juni 1911.*

Patienten mit Zahnirregularität und engem Gaumen leiden oder litten an Nasenverstopfung. Unter ihnen sind diejenigen Fälle, in denen noch Nasenverengerung besteht, weniger für eine auf Correction der Zahnstellung gerichtete Behandlung geeignet als die anderen. Andererseits hatten unter 800 Fällen von Tonsillarhypertrophie und adenoiden Vegetationen nur 30 pCt. hohen Gaumen und abnorme Zahnstellung und auch viele Fälle mit stärkster Nasenverstopfung hatten völlig normalen Gaumen. Ein hoher Gaumen kann also nicht einfach durch Nasenverlegung bedingt sein.

Die Erklärung des Verf.'s besteht darin, dass hoher Gaumen, Zahnirregularitäten und Nasenverstopfung alle zusammen die Folge einer mangelhaften Schilddrüsenfunction sind, die gewöhnlich von einem Anfall eines der acuten Exantheme herrührt; andere Symptome dieses Zustandes sind: Zahncaries, subnormale Temperatur, schwache Blutcirculation, mangelhaftes Gewicht und Grösse.

Die Kieferdeformität ist die Folge eines mangelhaften Kalkstoffwechsels infolge der Insufficienz der Thyreoidea, indem der Knochen weich bleibt.

Alle Symptome werden geheilt durch Anwendung von Schilddrüsenextract.

A. J. WRIGHT.

26) **Natier** (Paris). **Ozaena; Aetiologie und Pathogenie. (Ozène; étiologie et pathogénie.)** *Société médicale de Paris. 9. Juni 1911.*

Verf. vertritt den Standpunkt, dass die Ozaena kein idiopathischer Morbus sui generis sei, sondern vielmehr der symptomatische Ausdruck einer alten und schweren Stoffwechselstörung. Er führt zur Stütze dieser Theorie den Fall eines 19jährigen jungen Mannes an, bei dem nach ausgesprochenen anfallsweisen Störungen im Digestions- und Athmungsapparat Ozaena mit Borkenbildung in der Nase auftrat und in dem die Heilung jener auch das Verschwinden der Nasenerscheinungen zur Folge hatte.

GONTIER de la ROCHE.

27) **Compaired** (Madrid). **Die Ozaena und ihre Complicationen. (La ozena y sus complicaciones.)** *Zaragoza 1910.*

Ein dreihundert Seiten starkes Buch, in dem alles bisher über die Ozaena Bekannte enthalten ist.

A. J. TAPIA.

28) **De Pahna. Heilung der Ozaena durch Hochfrequenzstrom.** *Annali di Elettricità medica e Terapia fisica. Bd. 8. No. 12.*

In zwei Fällen trat völlige Heilung ein durch monopolare Hochfrequenzbehandlung in 25 resp. 18 Sitzungen.

WILH. SOBERNHEIM.

29) **Fritz Hutter** (Wien). **Zur Paraffin-Therapie der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. Heft 2. 1911.*

Für schwere Fälle empfiehlt Verf. das Einlegen solider Paraffinprothesen zwischen Knochen bezw. Knorpel und Nasenschleimhaut. Nach dem pathologischen Befund solcher Nasenhöhlen und der mechanischen Durchführbarbeit erscheint es angezeigt, dieses Verfahren zuerst im Bereich des unteren Nasengangs in Anwendung zu bringen und hierdurch Vorwölbung der seitlichen und Nasenbodenschleimhaut zu erzielen; in zweiter Linie kommt die Einengung der höheren Theile der Nasenhöhle durch Ausbauchung der Septumschleimhaut in Betracht.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **R. Hoffmann** (Dresden). **Zur Anatomie der Nebenhöhlen.** *Med. Klinik. No. 20. 1911.*

An zahlreichen Zeichnungen bespricht H. die normalen Verhältnisse der Nebenhöhlen, sowie deren wesentlichste Varietäten, die leicht Anlass zu diagnostischen Irrthümern geben können.

SEIFERT.

31) **C. J. Lewis. Die Mikroorganismen bei Eiterung der Nasennebenhöhlen. (The microorganisms present in suppuration of the accessory sinuses of the nose.)** *Journal of Pathology and Bacteriology. Juli 1911.*

Es wurde das culturelle Verhalten der in 66 Fällen von Nebenhöhleneiterung gefundenen Mikroorganismen untersucht. Ein vorläufiger Bericht wurde zusammen mit Logan Turner im Jahre 1910 veröffentlicht (cfr. Centralbl. Bd. 26, S. 403). In vorliegender Arbeit werden die Mikroorganismen in Gruppen getheilt. Die Kokken werden eingetheilt in Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken und Gram-negative Diplokokken, die Bacillen in coliforme, diphtheroide, fäulnisserregende, dentale, mesenterische und anerobe.

Die Glieder jeder einzelnen Gruppe werden sorgfältig und minutiös differencirt. Die Arbeit ist so voller Details, dass auf das Original verwiesen werden muss.

A. J. WRIGHT.

32) **Henry Horn. Eine Methode zur Bestimmung des Eiters bei Krankheiten der Nasennebenhöhlen. (A method for the determination of the pus in diseases of the accessory cavities of the nose.)** *California State Journal of Medicine. Februar 1911.*

Verf. giebt einen Apparat an, bestehend aus einem Hg-Manometer mit Nasenansatz und einer Metallpumpe von stets gleichbleibender Kraft. Verf. rühmt die mittels dieses Apparates ausgeübte Saugbehandlung in acuten und chronischen Fällen. Mittels des Manometers kann die Höhe des Drucks und die Dosirung bestimmt werden; ein constanter Druck ist nur möglich mittels einer Metall- oder Wasserpumpe.

EMIL MAYER.

33) **Gerber** (Königsberg). **Nebenhöhlensyphilis und Nebenhöhlencomplicationen.** *Zeitschrift f. Laryngologie. Heft 1. S. 55. 1911.*

Veranlasst durch eine Bemerkung von Kuttner theilt G. mit, dass er seine Ansicht über Vorkommen und Bedeutung der Nebenhöhlensyphilis nicht geändert

hat: Die Syphilis führt an den Nebenhöhlen verhältnissmässig sehr selten zu Wandveränderungen; die Wandveränderungen der Nebenhöhlenentzündungen und ihre Folgen sind vielmehr meist rein entzündlicher Natur.

Im Ferneren citirt G. einige kürzlich erschienenen Arbeiten, die beweisen, wie wenig ein Theil der Autoren die schon vorhandene Literatur berücksichtigt: Es leidet die Receptivität unter der Productivität. OPPIKOFER.

34) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Complicirte Fälle von Nasennebenhöhlenerkrankung.** *Zeitschrift f. Laryngologie. Bd. III. S. 597. 1911.*

Verf. stützt seine Ausführungen über Complicationen bei Nasennebenhöhlenerkrankungen auf 37 Fälle, die in der Göttinger Klinik zur Beobachtung kamen. Die Krankengeschichten werden in ihren wesentlichen Punkten wiedergegeben und dann an Hand der Literatur besprochen. Mehrere mikroskopische und makroskopische Zeichnungen sowie mehrere Photographien ergänzen die umfangreiche, 116 Seiten zählende Arbeit.

Vorerst werden 12 Fälle von acuter retrobulbärer Neuritis des Opticus besprochen, die alle im Anschluss an eine acute Nebenhöhlenentzündung entstanden sind. Wenn auch die rhinoskopische Untersuchung in diesen Fällen meist nur wenig von der Norm abweichende Resultate ergab, so möchte doch U., da die Anamnese auf einen vorausgegangenen Schnupfen hinwies, einen näheren Zusammenhang zwischen Augenaffection und Nase nicht ohne weiteres ablehnen. Bei der rhinoskopischen Untersuchung leistete ausser der Rhin. ant. und post. und der Untersuchung mit der Sonde die Rhinoscopia media gute Dienste, bei engem Nasengang nach Infraction der mittleren Muschel. Die Sehstörung erklärt sich U. durch Gefässstauung, durch perineurales Oedem am Opticus entstanden. Die nasale Therapie bestand in Infraction der mittleren Muschel und in Verordnen von Bormentholcocainschnupfpulver.

Dann gibt Verf. die Krankengeschichte einer 39 Jahre alten Frau wieder, bei der allmählich ohne Exophthalmus eine totale Augenmuskellähmung rechts sich einstellte. Bei der Operation von aussen fanden sich rechts im hinteren Siebbein und in der Keilbeinhöhle nekrotische Massen, die durch die Nasenscheidewand auf Siebbein und Keilbeinhöhle der anderen Seite übergingen und sich bei der histologischen Untersuchung wider Erwarten nicht als carcinomatös erwiesen. Der Krankheitsverlauf sowie der Operationsbericht lassen an Lues denken; doch macht Verf. die Angabe, dass Jodkali ohne Erfolg gewesen ist. Nach der Operation ging die Augenmuskellähmung allmählich wieder zurück.

Es folgen die Berichte über Fälle von Orbitalphlegmone, ausgehend von acuter oder chronischer Stirnhöhlen-Siebbeinzelleneiterung. Das Siebbein führt häufiger zu orbitalen Complicationen als die Stirnhöhle. Nach Killian'scher Stirnhöhlenoperation sah U. nicht selten — auch in uncomplicirten Fällen — einmalige hohe Temperatur (39,5 am Tage nach der Killian'schen Operation) auftreten, die auf Resorption in der relativ grossen Wundhöhle zurückzuführen ist. Exitus im Anschluss an die Killian'sche Stirnhöhlenoperation wurde bei uncomplicirten Fällen einmal, bei atrophischer Rhinitis, beobachtet.

Bei den drei Fällen von Kieferhöhleneiterung mit orbitaler Complication

kommt Verf. auf den Werth der Luc-Caldwell'schen Operation zu sprechen. Diese ergibt bei sorgfältigem Curettement der ganzen Schleimhaut ganz ausgezeichnete Resultate und macht das beständige Erfinden neuer Modificationen entbehrlich.

Dann werden drei Fälle von chronischer Siebbein-Stirnhöhleneiterung mit cerebraler Complication besprochen. Bei dem ersten Falle war die Diagnose auf acute Stirnhöhleneiterung gestellt worden. Die Operation ergab aber das Fehlen der Stirnhöhle, und es wurde bei Bildung der Spange die Dura freigelegt. Daraufhin entstand ein extraduraler Abscess, der aber in Heilung ausging. Die Beobachtung lehrt, wie vortheilhaft es ist, vor der Operation eine Röntgenaufnahme vorzunehmen, um sich zum Voraus über das Vorhandensein und die Grenzen der Stirnhöhle zu orientiren. Bei dem zweiten Fall, einem 19 Jahre alten Mädchen, handelte es sich um eine Ozaena mit linksseitiger Stirnhöhlen-Siebbeineiterung; die Siebbeineiterung führte dann durch Fistel zu einer orbitalen Phlegmone. Als nach dem Killian'schen Stirnhöhlenoperation Hirnreizsymptome auftraten, wurde eine zweite Operation vorgenommen und nun ein extraduraler Abscess und ein Stirnhöhlenabscess vorgefunden und letzterer drainirt. Nach 2 Monate scheinbar vollständiger Heilung stellten sich von neuem cerebrale Symptome ein. Es wurde wieder ein Abscess im Stirnhirn gefunden, jetzt in 5 cm Tiefe liegend. Patient starb dann an Meningitis infolge Durchbruchs des Abscesses in den Ventrikel. Bei dem dritten Falle, einem 23 Jahre alten Mann, führte eine Osteomyelitis des Stirnbeins im Anschluss an chronische Stirnhöhlen-Siebbeinzelleneiterung und orbitale Phlegmone (Kuhnt'sche Radicaloperation) zu Meningitis, Septikaemie, Exitus.

Eine Septikaemie sah U. auch auftreten nach rechtsseitiger acuter Kieferhöhleneiterung: bei 21 Jahre altem Mann im Anschluss an die Punktion der Kieferhöhle Wangenphlegmone, hohes Fieber, Metastasen in verschiedenen Gelenken und linkem Hoden. Ausgang in Heilung.

Am Schluss der Arbeit stehen die Krankengeschichten von vier Siebbeingeschwülsten. Im ersten Falle handelt es sich um ein Osteom, in dem zweiten um ein Chondrom und in den zwei letzten Fällen um Carcinom des Siebbeins. Das Osteom war bei dem 29 Jahre alten Mann mit Mucocele combinirt und hatte neben Protrusio bulbi zu habituellem Lidemphysem geführt; Kuhnt'sche Operation mit Entfernen des Siebbeins. Das Chondrom ging bei der 21 Jahre alten Frau von den hinteren Siebbeinzellen aus und bedingte Exophthalmus; anderwärts Operation und Recidiv. Die zwei Siebbeincarcinome endlich bestätigen die bekannte fast stets trostlose Prognose der malignen Tumoren in den oberen Nebenhöhlen.

OPPIKOFER.

35) **A. Schulze** (Berlin). **Rapid verlaufende Erkrankungen der Nasennebenhöhlen mit cerebralen Complicationen.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Heft 1. S. 48. 1911.*

Fall I: Bei 47 Jahre altem Mann meningitische Symptome und bereits am 3. Krankheitstage Exitus. Section: Meningitis durch Keilbeinhöhleneiterung. Da

Patient kurz nach dem Spitaleintritt starb, so war eine exakte Diagnosestellung zu Lebzeiten nicht möglich gewesen und ein operativer Eingriff unterblieben.

Fall II: Bei 7 Jahre altem Mädchen heftige linksseitige Stirnschmerzen und dann Protrusio bulbi durch orbitalen Abscess infolge acuter linksseitiger Siebbein-Stirnhöhleneiterung. Temperatur 38,1. Am 7ten Krankheitstage Killian'sche Stirnhöhlenoperation. Trotzdem zunehmende Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, Ansteigen der Temperatur, meningitische Symptome und am zehnten Tage nach der Operation Exitus. Section: Eitrige Meningitis; dicht neben der Crista galli eine Fistel, die in die Orbita führt und an gleicher Stelle Perforation in der Dura. — Die Möglichkeit einer postoperativen Meningitis wird vom Verfasser nicht in Betracht gezogen; es könnte aber doch, gestützt auf den vorliegenden Sectionsbefund und auf den Vortrag von Boenninghaus über gefährliches Stirnbein (Verhandlungen deutscher Lar. Frankfurt 1911) an die Möglichkeit einer Duraverletzung dicht neben der Crista galli gedacht werden.

OPPIKOFER.

36) **D. v. Navratil. Der Werth der Denker'schen Operation bei Erkrankungen der Nase und seiner Nebenhöhlen.** *Vorgetragen in der IV. Generalversammlung der Ungarischen Gesellschaft f. Chirurgie in Budapest.*

Nach Schilderung der Denker'schen Operationsmethode bespricht Vortragender deren Werth bei chronischen Eiterungen der Highmors-Höhle, der Siebbeinzellen und des Sinus sphenoidalis. Sodann würdigt er die Entfernung der in den oben angeführten Höhlen auftretenden kleineren Tumoren, zu welchen er auch die im Nasen- resp. in dem Nasenrachenraum vorkommenden kleineren Geschwülste zählt, mit Hilfe dieser Methode und hebt besonders den grossen kosmetischen Werth der Methode hervor. Er betont jedoch, dass die Methode nur dann berechtigt ist, wenn die Highmors-Höhle genügend weit ist. Ueber die Weite der Highmors-Höhle können wir uns auch auf vor der Operation angefertigten Röntgenbildern Orientirung schaffen. Wir müssen auch in jedem Falle, wo der Tumor in dieser Gegend sich befindet, unbedingt eine Röntgenaufnahme anfertigen, damit wir derart über die Ausbreitung des Tumors noch vor der Operation genau unterrichtet sind. Haben wir es mit stark blutenden Tumoren zu thun, so sollen wir vorher die entsprechende Carotis externa unterbinden. Ist jedoch der Tumor nicht stark blutend, so kommt es auch gar nicht dazu. Wir sollen aber in jedem Falle die Kuhn'sche perorale Tubage anwenden, welch letztere Methode der vor ähnlichen Operationen üblichen präventiven Tracheotomie vorzuziehen ist. Damit wir vollständig radical vorgehen können, empfiehlt Vortragender nebst Anwendung der Stirnlampe auch noch die Verwendung der Urethroskop-Lampe, mit deren Hilfe wir dann zur Controlle alle kleinsten Winkel des Operationsfeldes am präcisesten beleuchten können.

AUTOREFERAT.

37) **Henry Horn. Die Nachbehandlung operirter Nebenhöhlenerkrankungen. (The after treatment of operated accessory nasal cavities.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

1) Durch Saugbehandlung wird die Dauer der Nachbehandlung nach Killian'scher und anderen Operationen am Siebbein unzweifelhaft abgekürzt.

2) Mittels dieser Methode kann jederzeit festgestellt werden, ob ein Fall wirklich geheilt ist oder nicht

EMIL MAYER.

38) **A. de Klein** (Utrecht). **Gesichtsfelddeviationen bei Hypophysistumoren. (Gezichtsveldvariaties bij hypophysistumoren.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 998. 1911.*

Ophthalmologische Einzelheiten zur Diagnostik der Hypophysistumoren.

H. BURGER.

39) **O. Hirsch. Hypophysenoperation auf endonasalem Wege in Localanästhesie.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1911.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1911.*

33jährige Patientin seit 6 Jahren krank: Vergrösserung der Nase, Lippen, Zunge, des Unterkieferknochens und dessen Weichtheile, der Ohren, der Hände und Füsse. Abnorme Behaarung. Zeitweise Kopfschmerzen, Abnahme der Merkfähigkeit. Libido sexualis erloschen.

Röntgenbefund: Ausweitung der Sella turcica und Verdünnung der Sattellehne.

Augenbefund: Mässige Herabsetzung der Sehschärfe und Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Interner und Nervenbefund negativ.

Nach 2 kleinen Voroperationen Ausführung der endonasalen Hypophysenoperation. Nach einer Woche Heilung, fast alle obgenannten Symptome in deutlicher Rückbildung zur Norm. Histologischer Befund: Adenomatöser Tumor.

Discussion:

H. Teleky frägt nach der Indicationsstellung zur Operation.

O. Chiari operirte kürzlich einen Hypophysentumor nach der Schloffer-schen Methode, ausgehend von dem Killian'schen Schnitt zur Freilegung des Siebbeins ohne Aufklappung der Nase und hebt als wesentliche Vortheile dieser Methode gegenüber der endonasalen die sichere Beendigung der Operation in einer Sitzung sowie den wesentlich kürzeren Weg zur Hypophyse hervor.

A. Schüller spricht zur Frage der Indication.

Eiselsberg betont, dass für ihn zunehmende Augensymptome bei Hypophysentumoren den operativen Eingriff indiciren.

Hirsch resumirt im Schlusswort die Vorzüge seiner endonasalen Methode (Ausfall der Narkose und einer äusseren Verletzung).

HANSZEL.

40) **Bode** (Bonn). **Zur Frage der Operabilität der Hypophysentumoren.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 109. 1911.*

Ein Sarkom der Hypophyse war zweimal operirt worden von der Keilbeinhöhle aus. Die Section ergab, dass die totale Entfernung des Tumors technisch unmöglich gewesen wäre.

SEIFERT.

41) **Melchior** (Breslau). **Ueber die chirurgische Behandlung der Hypophysis cerebri.** *Med. Klinik. No. 39. 1911.*

Für die Diagnose ist werthvoll der meist schon frühzeitig durch das Röntgen-

bild nachweisbare Knochenschwund an der Sella turcica. Kommt es auf der Basis zu einer Usur, dann kann man ein continuirliches Durchtropfen von Liquor durch die Nase beobachten. Die Operation nach der transsphenoidalen Methode von Schloffer bezeichnet M. als einen grossen Fortschritt.

SEIFERT.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Die Eröffnung der Schädelhöhle und Freilegung des Gehirns von den Nebenhöhlen der Nase aus.** *Zeitschrift f. Laryngol. Bd. IV. S. 1. 1911.*

Wenn wir bei den intracraniellen Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen oder bei Tumoren im Gebiet der Hypophyse die Schädelhöhle von den Nebenhöhlen der Nase aus eröffnen wollen, so müssen wir vor allem über die Anatomie der Nebenhöhlen und über alle ihre Variationen genau orientirt sein. Vorliegende umfangreiche Arbeit bezweckt nun mit Berücksichtigung der klinischen Erfahrungen ein übersichtliches klares Bild zu schaffen über alle topographisch-anatomischen und chirurgischen Verhältnisse, welche die Grundlage der Freilegung der Schädelhöhle und der einzelnen Gehirntheile bilden. Der Text von 53 Seiten wird an Hand von 134 wohlgelungenen Abbildungen erläutert.

In erster Linie macht O. Angaben über die Grösse der Stirnhöhle; seine eigenen Messungen ergaben durchschnittlich folgende Zahlen: Länge 15—35 mm, Breite 20—40 mm und Höhe 6—32 mm. Die Stirnhöhlen sind öfters asymmetrisch; es kann die eine Stirnhöhle die der anderen Seite überdachen. Die Configuration der Augenbrauenbogen steht mit der Entwicklung der Stirnhöhle in keinem correspondirenden Verhältniss; so kann auch bei stark entwickeltem Augenbrauenbogen die Stirnhöhle fehlen. In der Regel ist die vordere Stirnhöhlenwand die dickste; viel dünner ist die hintere cerebrale und am dünnsten die orbitale Stirnhöhlenwand. Alle diese Angaben werden an Hand von Präparaten erläutert. Je nach der Grösse der Stirnhöhlen sind nun auch die Beziehungen der Stirnhöhlen zu den einzelnen Frontalwindungen und Furchen verschieden ausgedehnt; in den Figuren 26—64 ist das Röntgenbild verschieden grosser Stirnhöhlen auf die Vorderfläche des Gehirns projicirt. Die Lagebeziehungen der verschieden grossen Stirnhöhlen zum Stirnlappen zeigen auch in sehr anschaulicher Weise die Figuren 64, 65 und 70, bei denen Stirnhöhlen und Schädelhöhle eröffnet sind. In weiteren Abbildungen sind verschieden grosse Stirnhöhlen auch auf die Gehirnbasis projicirt. Dann folgen Sagittalschnitte durch Stirnhöhlen und Schädelinhalt (Figur 72 und 73); solche Schnitte veranschaulichen auch die Lage der einzelnen Gehirntheile und ihre Entfernung von der Stirnhöhle. Da die Punktionsnadel 20 mm oberhalb der Gehirnbasis in sagittaler Richtung nach rückwärts in einer Entfernung von 38 und 40 mm den seitlichen Gehirnventrikel und die Gehirnganglien erreichen kann, so darf die Explorationsnadel nur 2—3 cm vordringen. Im Anschluss an die Frage der explorativen Gehirnpunktion macht O. statistische Angaben über die an Nebenhöhleneiterung sich anschliessenden Gehirncomplicationen; diese Angaben bilden eine Ergänzung zu der früher erschienenen Statistik in Gerber's Monographie. Fast alle rhinogenen Hirnabscesse waren im Frontallappen zu finden, in 3 Fällen im Temporallappen, in einem Falle im Pedunculus cerebri und in einem Falle im Kleinhirn. Es werden auch Angaben

über Grösse und Lage der Abscesse und über das Endresultat gemacht. Ebenfalls instruktiv wirken auch Horizontalschnitte durch Stirnhöhlen und Schädelinhalt (Figur 74 und 75).

Nun folgt von Figur 79 an die Wiedergabe der topographischen Beziehungen der Keilbeinhöhle sowohl zur Nasenhöhle als zur mittleren Schädelgrube, wieder unter Berücksichtigung all der vorkommenden Variationen. An verschiedenen Präparaten wird auch die Lage der Sella turcica und somit der Hypophyse zur Keilbeinhöhle wiedergegeben, ebenso die Lage des Nervus opticus zur Keilbeinhöhle. In Figur 109 ist fälschlicher Weise die accessorische Oeffnung der Kieferhöhle als Ostium maxillare bezeichnet. Figur 117 demonstrirt eine grosse rechte Keilbeinhöhle, die weit nach links herüberragt und mit dem linken Sehnerven in naher Beziehung steht. Es folgen dann Abbildungen über die Lagebeziehungen der Keilbeinhöhle zur Kieferhöhle. Ein sehr schönes Bild ist namentlich Figur 125. Nach Messungen von O. schwankt die Höhe der vorderen Keilbeinhöhlenwand zwischen 5 und 20 mm und die Breite zwischen 8 und 28 mm; die Länge der Keilbeinhöhle beträgt 10—40 mm, die Breite 9—60 mm und die Höhe 9—42 mm.

Zum Schlusse der Arbeit bespricht Verf. die extranasalen und die endonasalen Methoden der Hypophysenoperation.

OPPIKOFER.

43) **F. Kuhn** (Kassel). **Der perorale Weg zur Schädelbasis, zur hinteren Nasenapertur und zum Keilbein.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. IV. S. 161. 1911.*

Der Vortrag ist entnommen dem Lehrbuch des gleichen Autors über die perorale Intubation. Karger's Verlag. Berlin 1911. (Besprochen Centralblatt, dieser Band, S. 421.)

OPPIKOFER.

44) **Krogius** (Helsingfors). **Die Freilegung des Nasenrachenraumes durch mediane Spaltung des Unterkiefers und Ablösung des weichen Gaumens vom harten.** *Zeitschrift f. Chirurgie. No. 12. 1911.*

Die hauptsächlichste Anwendung dürfte die beschriebene Methode zur Entfernung von Nasenrachentumoren finden.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **H. R. Harrower. Stoffwechsel und Mundkrankheiten. (Metabolism and mouth disease.)** *Journal American Medical Journal. October 1910.*

Verf. fand, dass Patienten mit Munderkrankungen, besonders Pyorrhoe, leiden an: Acidaemie (Hyperacidität des Urins), intestinaler Toxaemie (Indicanurie) und Herabsetzung des Stoffwechsels (niedriger Harnstoffindex). Therapeutische Maassnahmen, die darauf hinzielen, die Acidaemie herabzusetzen und die Toxaemie zu beseitigen, haben einen entschieden günstigen Einfluss auf die Munderkrankung.

EMIL MAYER.

46) **W. Lublinski** (Berlin). **Ist die Landkartenzunge erblich?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1910.*

Die Landkartenzunge ist in 50 pCt. der Fälle mit „Faltenzunge“ gepaart. Die Disposition dazu ist exquisit erblich. — Die Therapie vermeide stärkere Reizungen.

ZARNIKO.

47) **Bonnet** (Lyon). **Strichförmige Desquamation der Zunge. (Desquamation linguale en aires.)** *Lyon Médical. 25. Juni 1911.*

Es giebt zwei verschiedene Formen: Es kann sich — fast stets bei Kindern — um eine vorübergehende infectiöse Glossitis handeln oder um eine angeborene Missbildung des Zungenepithels. Erblichkeit ist sehr häufig und gewöhnlich besteht noch eine andere Missbildung: die Scrotalspaltung.

GONTIER de la ROCHE.

48) **Gantz. Ueber Glossomycosis benigna.** *Medycyna. No. 15. 1911.*

Entsprechende Demonstration der Kranken und der mikroskopischen Präparate, die die Diagnose bestätigten.

A. v. SOKOLOWSKI.

49) **Y. Nakamura. Struma am Zungengrunde.** *Koseikwan Ijikenkyukwai Zasshi. Bd. 18. No. 2. 1911.*

Bei einem 31jährigen Manne fand Verf. eine wallnussgrosse elastischharte glatte Tumorbildung am Zungengrunde nahe dem Foramen coecum ohne subjective Beschwerden. Abtragung mit heisser Schlinge. Mikroskopisch fand man in der tieferen Schicht ein mit Gallertmasse gfülltes Schilddrüsengewebe, das wahrscheinlich durch Keimverirrung entstand.

INO KUBO.

50) **Srebrny. Ueber Zungencarcinom. (Miesak jezyka.)** *Medycyna. No. 17. 1911.*

Verf. demonstrirte einen 26jährigen Mann, der seit 3 Monaten über Zungenschmerzen klagte. In der hinteren Zungenhälfte war ein kleiner Tumor, eine knorpelähnliche Infiltration, Schmerzen der Halsdrüsen und Foetor ex ore.

A. v. SOKOLOWSKI.

51) **J. S. Fraser. Die Gaumenmandeln mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entfernung durch Enucleation. (The faucial tonsils with special reference to their removal by enucleation.)** *Edinburgh Medical Journal. Juli 1911.*

Verf. beschreibt erst die Anatomie der Tonsillen, dann erörtert er ihre verschiedenen Erkrankungen. In Fällen von einfacher chronischer Hyperplasie oder wenn die Tonsillen gestielt sind, genügt die einfache Guillotinenoperation. Bei recidivirender Angina oder Peritonsillarabscess, bei denen die Tonsillen zwischen den Gaumenbögen versteckt sind, und in Fällen von tuberkulöser Cervicaladenitis ist die Enucleation nothwendig. Verf. beschreibt die Operation ansführlich und behandelt auch die Frage der Nachblutungen.

A. LOGAN TURNER.

52) **W. S. Syme. Enucleation der Tonsillen wegen chronischer Erkrankung. (Enucleation of the tonsil for chronic diseases.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1911.*

Nach Erörterungen über die Function der Tonsille wirft Verfasser die Frage auf, wann ihre völlige Entfernung angezeigt ist. Die Beantwortung hängt von der Diagnosenstellung ab. Es ist nicht leicht zu unterscheiden, ob eine Mandel völlig erkrankt ist, oder ob sie ihre functionelle Tüchtigkeit behalten oder wahrscheinlich wiedergewinnen wird. Verf. kommt zu dem Schluss, dass es kaum Mandeln geben könnte, für die die Tonsillotomie im Gegensatz zur Tonsillectomie

anzurathen wäre. Es giebt Fälle, in denen die Entfernung von adenoiden Vegetationen, Behandlung von Rhinitis, Extraction cariöser Zähne und Beachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes genügt, und man die Tonsillen sich selbst überlassen kann.

A. LOGAN TURNER.

53) **J. H. Mc Cardy. Temperatur bei geschwollenen Mandeln und Adenoiden. (Temperature in engorged tonsils and adenoids.)** *Pennsylvania Medical Journal. Februar 1911.*

Verf. hat bei 65 von 200 Patienten des Pittsburg Eye and Ear Hospital continuirliche Temperatursteigerung festgestellt. Er führt diese zum Theil zurück auf die Resorption von Fäulnisstoxinen aus den Krypten, bisweilen auch auf das Vorhandensein tuberkulöser Herde in der Tonsille oder Cervicaldrüsenerkrankung in Verbindung mit Tonsillenerkrankung. In der grösseren Zahl der Fälle hat eine Tonsillectomie oder Entfernung der Adenoiden rapide Rückkehr der Temperatur zur Norm im Gefolge.

EMIL MAYER.

54) **E. B. Crochett. Wann sollen wir die Tonsillen entfernen? (When shall we remove tonsils?)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. März 1911.*

Bei Kindern sollen alle Mandeln, die so vergrössert sind, dass sie einen grossen Theil der Rachenhöhle ausfüllen, entfernt werden; ferner sollen sie enucleirt werden, wenn sie vorkommen bei Cervicaladenitis und da, wo Rheumatismus auf sie zurückgeführt werden kann. Die Operation soll nicht im acuten Anfall gemacht werden, besonders nicht bei Rheumatismus. Das Bestehen einer Endocarditis ist keine Contraindication gegen die Operation. Ferner soll die Enucleation stattfinden bei wiederholten peritonsillären Abscessen. Die Entfernung soll nicht gemacht werden, wo die Tonsillen von mässiger Grösse sind und wenig über die Gaumenbögen hervorragen.

EMIL MAYER.

55) **William Mithofer. Fingerenucleation der Tonsillen. (Finger enucleation of tonsils.)** *Lancet Clinic. 18. März 1911.*

Verf. bezeichnet die Enucleation mit dem Finger als die einfachste und gründlichste Methode. Blutungen seien selten.

EMIL MAYER.

56) **Wme. B. Chamberlin. Einige practische Punkte bei der Totalexstirpation der Tonsillen auf Grund von 500 Fällen. (Some practical points in the total exstirpation of the tonsils from the experience of five hundred cases.)** *The Laryngoscope. September 1910.*

Man muss vermeiden, die Kapsel zu zerreissen; geräth man mit Zange und Scheere in das Tonsillargewebe, so ist eine erfolgreiche Operation unmöglich. Die Tonsille muss ordentlich gestielt werden, bevor man die Schlinge umlegt, und das Operationsfeld muss frei von Blut sein. Die Tonsillotomie genügt für manche Fälle, die Tonsillectomie aber giebt sicherere Resultate; die Gefahr der Blutung ist bei dieser nicht grösser als bei jener.

EMIL MAYER.

57) **L. M. Freedman. Die Exstirpation der Tonsillen durch Enucleation, theils instrumentell, theils mit dem Finger. (The exstirpation of the tonsils by enucleation, partly instrumental, partly by use of the finger.)** *Boston Medical and Surgical Journal. April 1911.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

58) **Joseph B. Greene. Neuer Tonsillenspalter. (New tonsil dissector.)** *Journal American Medical Association. April 1911.*

Das Instrument hat ein halbscharfes oder stumpfes und ein scharfes Ende. EMIL MAYER.

59) **Caldera** (Turin). **Ein neuer Haken zum Abziehen des vorderen Gaumenbogens beim Morcellement der Mandel. (Nuevo gaucho para alejar el pilar anterior del velo durante el morcellement de la amigdala).** *Revista espanola de laringologia. Januar-Februar 1911.*

Der Titel besagt den Inhalt. TAPIA.

60) **J. H. Halsted. Ein verbessertes Tonsilletom. (A tonsillotome improvement.)** *American Medicine. März 1911.*

Es handelt sich um eine Modification des Mattheus'schen Tonsillotoms, darin bestehend, dass zwei Haken zum Zurückhalten des vorderen Gaumenbogens an den vorderen Rand des Fensters angebracht sind, die zwischen Tonsille und vorderen Gaumenbögen eingesetzt werden und eine Verletzung der letzteren verhüten sollen. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

61) **Sylvester F. Mc Keen. Plötzlicher Tod nach einer prophylaktischen Diphtherieserumeinspritzung. (Sudden death following a prophylactic dose of diphtheria antitoxin.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. April 1911.*

Es handelt sich um ein 17jähriges Mädchen. Die Autopsie ergab Status lymphaticus. Der Tod trat ein 15 Minuten nach Injection von 500 I.-E. Patientin litt an Asthma, desgleichen ihre Mutter. EMIL MAYER.

62) **Sheldon** (Stratford). **Ursache des plötzlichen Todes nach Diphtherie. (Cause of sudden death after diphtheria.)** *Australasian Medical Gazette. 21. August 1911.*

Ein 14jähriges Mädchen befand sich wegen Diphtherie im April im Krankenhaus; sie war im Mai Reconvalescentin und kehrte am 7. Juni nach Hause zurück. Am 10. Juni plötzlicher Exitus in einem Hustenanfall. Bei der Autopsie fand man alle Organe gesund. Im Anfangstheil der Trachea sass eine deren Lumen fast völlig verlegende gelb-grünliche Membran. Im Larynx fand sich eine kleine ulcerirte Stelle. Die Untersuchung des Kehlkopfs und der Membran ergaben Culturen von Diphtheriebacillen. A. J. BRADY.



63) **O. Lukinger. Arrosion der Carotis im Verlaufe von Diphtherie.** *Dissert. München 1909.*

Bei dem $6^1/_2$ Jahre alten Knaben, der an schwerer Diphtherie des Pharynx und Larynx erkrankt war, ergoss sich plötzlich ein dicker Blutstrahl continuirlich aus der Tracheotomiewunde; nach etwa 8 Sekunden trat der Tod ein. Bei der Section fand sich ein nicht diagnosticirter paratrachealer Senkungsabscess, der die Trachea und dann die r. Carotis communis arrodirt hatte. OPPIKOFER.

64) **G. Funarola. Larat'sche Methode zur Behandlung der postdiphtherischen Gaumensegellähmungen. (Metodo del Larat per la cura delle paralisi postdifteriche del velopendolo.)** *Il Policlinico. No. XI. 1911.*

Verf. hat die Methode mit gutem Erfolge probirt. Er räth, mit der elektrischen Behandlung nicht vor 12 Tagen nach Beginn der Lähmung anzufangen, weil zu dieser Zeit noch eine Neuritis besteht und alle Symptome sich verschlechtern können. Man soll auch keine allzulange Zeit vergehen lassen, da sonst die Behandlung nicht mehr wirkt. CALAMIDA.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **Oertel** (Dresden). **Ueber Missbildung des Larynx und der Trachea mit einem Fall von angeborener Spaltbildung der Stimmbänder.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. IV. S. 125. 1911.*

Verf. giebt vorerst an Hand der Literatur eine Uebersicht über die Missbildungen des Larynx und der Trachea und beschreibt dann eine eigene Beobachtung: 19 Jahre alte Arbeiterin leidet an Heiserkeit seit früher Kindheit. Bei der zufällig vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung fand sich an beiden Stimmbändern eine feine Längsspaltung, ungefähr $1—1^1/_2$ mm vom freien Rande demselben parallel laufend; der vorderste und hinterste Theil der Stimmbänder waren frei. Die breiteste Stelle der Spalte betrug $^1/_2$ mm, die grösste Tiefe ungefähr 1 mm. Zudem Internusparese. 1 Abbildung. Verf. kennt keinen analogen Fall dieser Missbildung in der Literatur. OPPIKOFER.

66) **D. Bryson Delavan. Kehlkopferysipel. (Erysipelas of the larynx.)** *The Laryngoscope. März 1911.*

Fall I. 77jähriger Mann. Primäres Erysipel des Kehlkopfs. Die Erkrankung war schwer, jedoch nach 9 Tagen war sie völlig gehoben ohne Bildung eines Abscesses. Es bestand geringes Fieber und verhältnissmässig wenig Schmerzen.

Fall II. 9 Tage nach Beginn der Erkrankung fiel Pat. in einen halbkomatösen Zustand; 2 Tage später Delirien. Unterdessen hatte die Schwellung im Gesicht abgenommen und die Schuppung begonnen. Während die localen Erscheinungen zurückgingen, blieben die Delirien bestehen. Nach vierwöchiger Behandlung anscheinend geheilt entlassen, wurde er 4 Tage darauf geisteskrank und musste in eine Anstalt überführt werden.

Fall III. 70jährige Frau. Die Krankheit begann unter dem Bilde einer acuten Laryngitis, breitete sich dann aber auf den Pharynx und die Lungen aus, in jenem zu einer intensiven Congestion, in diesen zu einer ausgebreiteten Broncho-

pneumonie führend. Die Pharynxschleimhaut war ödematös, dunkel-purpurroth. Die Untersuchung des Larynx ergab eine weite Glottis. Vom Pharynx breitete sich die Erkrankung auf die Lippen aus, von dort auf das Gesicht. Das gleichzeitige Bestehen von Diarrhoe, Delirien und hoher Temperatur machte die Situation sehr ernst. Zuerst besserte sich der Zustand der Lungen, darauf folgte Zurückgehen der Erscheinungen im Pharynx und Larynx und Besserung des Allgemeinbefindens. Es trat völlige Heilung ein. EMIL MAYER.

67) **Schleifstein. Ueber Scleroma laryngis. (Twardziel krtani.)** *Medycyna. No. 15. 1911.*

Verf. demonstrirte in der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft einen Fall, bei welchem infolge Kehlkopfskleroms eine Laryngostomie ausgeführt wurde und der Kehlkopf 9 Monate hindurch geöffnet war. A. v. SOKOLOWSKI.

68) **N. R. Mason** und **H. J. Inglis. Acutes Kehlkopfödem nach Aethernarkose. (Acute edema of the larynx following etherization.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Juni 1910.*

Der mitgetheilte Fall betrifft eine Frau, bei der das Oedem nach einer zur Zangenentbindung eingeleiteten Aethernarkose eintrat. Verf. nehmen als Grund die reizende Wirkung der Aetherdämpfe auf die Schleimhaut an. EMIL MAYER.

69) **Otto Fried** (Nürnberg). **Ein Fall von Kehlkopfverschiebung durch Schrumpfung der rechten Lungenspitze.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1911.*

Mittheilung des klinischen Befundes unter Hinweis auf den Aufsatz von Curschmann in der gleichen Wochenschrift 1905. No. 48. HECHT.

70) **Graeffner** (Berlin). **Drehung des Kehlkopfes um einen rechten Winkel durch ein Aortenaneurysma.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. IV. S. 419. 1911.*

Der 54 Jahre alte Kellner klagte seit 2 Jahren über Athemnoth und bohrende Schmerzen hinter dem Sternum; die Untersuchung ergab die klassischen Zeichen eines Aortenaneurysmas. Der Kehlkopf war nun um einen rechten Winkel derart gedreht, dass das Pomum Adami scharf nach links gerichtet war, und an seinem früheren Platze die vordere Fläche des rechten Schildknorpels abgetastet werden konnte. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich das rechte Stimmband in streng frontaler Richtung und unbeweglich, während das linke frei beweglich war.

Dieser merkwürdige Befund einer Drehung des Kehlkopfes wurde von verschiedenen Aerzten nachcontrollirt und blieb bis zum Exitus unveränderlich bestehen. Bei Eintritt des Todes aber kehrte mit Abnahme der Blutfüllung des Aneurysmas der Kehlkopf in seine normale Stellung zurück. Die Section ergab eine Erweiterung des Arcus aortae mit Ausbuchtung hauptsächlich nach vorne und und oben. Der rechte Vagus war stark gedrückt. Mediastinale Verwachsungen, an deren Möglichkeit auch gedacht worden war, fehlten. OPPIKOFER.

71) **E. M. Royle. Ein Fall von Fractur des Schildknorpels. (A case of fracture of the thyroid cartilage.)** *Lancet. 15. Juli 1911.*

Bei einer 74 Jahre alten Frau trat nach einem Fall, bei dem sie mit dem

Hals aufschlug, in 10 Minuten Dyspnoe ein. Trotz Tracheotomie Tod. Die Autopsie ergab eine horizontale Fractur der rechten Schildknorpelplatte mit grossem submucösem Bluterguss auf derselben Seite.

A. J. WRIGHT.

72) A. C. Matthews. **Ein Fall von Fractur des Schildknorpels mit prompter Heilung. (A case of fracture of the thyroid cartilage with prompt recovery.)** *Journal American Medical Association. 10. September 1910.*

Ein 49jähriger Geisteskranker wurden von einem Mitkranken über den Kehlkopf geschlagen. Unmittelbar darauf waren keinerlei Symptome einer Verletzung bemerkbar; bald darauf jedoch wurde der Patient heiser; ausserdem bestand erhebliche Schleimproduction im Halse und das ständige Bedürfniss, zu schlucken. Untersuchung ergab eine völlige Fractur des Schildknorpels in der Verticallinie. Crepitation war deutlich, jedoch keine Dislocation nachweisbar. Keine Dyspnoe. Es wurde durch Heftpflasterstreifen die Ruhigstellung der Fragmente bewirkt und da beim Schlucken geringe Bewegung der Fragmente entstand, bekam Patient 24 Stunden lang keine Nahrung. Die Stimme blieb vier Tage lang heiser, dann trat rapide Besserung ein. Am 7ten Tage konnte man sich von der Vereinigung der Bruchenden überzeugen.

EMIL MAYER.

73) Michelis. **Einige Worte über die Intubation. (Kilka słów o intubacyi.)** *Medycyna. No. 22. 1911.*

Von 240 vom Verf. mittelst Intubation behandelten Fällen endeten 68 mit dem Tode. Zur Intubation gebrauchte Verf. Metall- und Celluloidtuben. Letztere wandte er bei schwachen Kindern und bei secundärer Intubation an, wenn das Röhrchen in der Trachea länger als 3 Tage bleiben sollte. Der Vorzug der Celluloidröhrchen besteht in deren Leichtigkeit und einem geringen Drucke, den sie auf die Trachealwände ausüben. Der Nachtheil besteht darin, dass sie bei stärkerem Husten aus der Trachea gleiten. Am längsten blieb der Tubus in der Trachea 8 Tage. In 3 Fällen musste Verf. nach der Intubation die Tracheotomie ausführen. Zugleich mit der Intubation injicirte Verf. auch das antidiphtheritische Serum. Die meisten der intubirten Fällen waren vernachlässigte Fälle. Als Ursache des Todes constatirte Verf.: 27 Fälle von Pneumonie, 20 von nach Masern entstandenem Trachealcroup und 10 Fälle von Decubitus. In der Technik der Intubation führte Verf. einige Aenderungen ein; so wendet er nicht den Faden an, mittelst dessen man darauf gewöhnlich die Extubation ausführt, denn er beobachtete, dass die Kinder sehr oft den Faden durchbeissen oder durch Zungenbewegungen den Tubus ausstossen.

A. v. SOKOLOWSKI

74) Burt R. Shurly. **Eine Untersuchung über das postoperative Verhalten 5 bis 10 Jahre nach der Intubation. (An investigation of postoperative conditions five to ten years after intubation.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1910.*

Die 30 vom Verf. untersuchten Fälle waren alle wegen Kehlkopfdiphtherie intubirt worden. Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Intubation bei Kehlkoptdiphtherie ist häufiger erforderlich in Fällen, wo Mandelhypertrophie besteht.

2. Pathologische Verhältnisse der Gaumen- und Rachenmandel sind prädisponirende Factoren für die diphtherische Infection des Kehlkopfs.

3. Kehlkopflähmung nach Intubation ist äussert selten.

4. Narbengewebe wurde in zwei Fällen beobachtet; die Narben waren unbedeutend und beeinträchtigten die Function nicht.

5. Es fand sich kein Fall von Kehlkopflähmung; nur in einem Falle wurde motorische Insufficienz beobachtet.

6. Kinder, bei denen sich Kehlkopfdiphtherie entwickelt, haben eine ausgesprochene Tendenz zu anderen Infectionen des Kindesalters.

7. Sogenannte chronische katarrhalische Entzündung der oberen Luftwege ist nach schwerer Diphtherie gewöhnlich.

EMIL MAYER.

75) **Oloriz Ortega** (Granada). **Zwei Tracheotomien aus dringendster Indication. (Dos traquetomias de urgencia extrema.)** *Revista espanola de laringologia. März-April 1911.*

Beide Fälle zeigen die Widerstandskraft des Organismus gegen Asphyxie.

TAPIA.

76) **E. Mayer** und **S. Yankauer** (New-York). **Weitere bronchoskopische Erfahrungen.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. IV. S. 395. 1911.*

Fall I. Bei einem 24 Jahre alten Manne Extraction einer Erdnuss aus dem Bronchus durch obere Bronchoskopie.

Fall II. Wegen Hustens, lauter Respiration mit Behinderung des Exspiriums, Lungendämpfung links obere Bronchoskopie in Narkose bei sonst gesundem 3 Jahre alten Mädchen. Entfernung eines Tumors an der Bifurcation am Eingang in den linken Bronchus. Resultat der pathologisch-anatomischen Untersuchung unbestimmt, wahrscheinlich Lues. Wassermann negativ. In der Familie keine specifische Krankheit nachweisbar.

Fall III. Seit 4 Wochen mit nur kurzen Unterbrechungen andauernder Krampfhusten bei einem 12 Jahre alten Kinde. Obere Bronchoskopie in Localanästhesie: Stenose im oberen Theil der Trachea, wahrscheinlich infolge früherer Diphtherie. Sofortiges Verschwinden des Hustens.

Fall IV. Dyspnoe durch Trachealsklerom bei einem 18 Jahre alten Mädchen. Bei regelmässiger Dilatation mit Killian'schen Röhren Abnahme der Athemnoth.

Fall V. Bei einem Knaben von 4 Jahren Entfernung einer Messingnadel mit Glaskopf durch obere Bronchoskopie in Aethernarkose.

Fall VI. Bei einem 12 Jahre alten Mädchen Entfernung eines Pflaumenkernes aus dem linken Bronchus mit Hülfe der oberen Bronchoskopie und in Aethernarkose.

Fall VII. Trachealstenose im Anschluss an Diphtherie. Dilatation durch bronchoskopische Röhren. Heilung.

OPPIKOFER.

77) **Ch. Goris. Fremdkörperextraction aus der Trachea und dem linken Bronchus. (Extraction du corps étranger de la trachée et de la bronche gauche.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique.*

In der Sitzung der Belgischen Königl. Academie der Medicin vom 3. De-

cember 1910 zeigt G. drei Fremdkörper vor, welche er mit der Killian-Brünings'schen Methode aus der Trachea und dem linken Bronchus entfernt hatte.

Der erste der Fremdkörper, eine $5^1/_2$ cm lange Nadel mit grossem gläserenen Kopfe, stammt von der Trachea eines jungen 15jährigen Mädchens her.

Die beiden anderen sind mit Haken versehene Theilstücke eines künstlichen Gebisses, wovon das eine aus der Trachea und das andere aus dem linken Bronchus desselben Mannes vor 60 Tagen entfernt worden war.

BAYER.

78) **Erbrich. Ueber mittelst Bronchoskopie entfernte Fremdkörper. (Ciala obce w oskrzelach, wydobyte za pomoca bronchoskopii.)** *Gazeta Lekarska. No. 15. 1911.*

Ein 40jähriger Mann aspirirte einen kleinen Hühnerknochen. Nach 6 Wochen, als Erscheinungen einer Lungengangrän hervortraten, extrahirte Verf. mittels der directen Bronchoskopie den Fremdkörper, der sich im oberen Theile des secundären Bronchus befand.

Im zweiten Falle fiel einer 40jährigen Frau während der Extraction von Zähnen in Chloroformnarkose ein Stückchen von einem Zahn in die Luftwege. Als nun die Kranke auf Grund einer schon seit 2 Jahren bestehenden gangränösen Lungenherdentzündung den Verf. aufsuchte, vermuthete derselbe aus der Anamnese, dass die Lungenentzündung eventuell auf dem Vorhandensein eines Fremdkörpers in den Luftwegen beruhen könnte. Die röntgenographische Untersuchung zeigte ein negatives Resultat. Trotzdem wandte Verf. die directe Bronchoskopie an und fand in den rechten secundären Bronchien eine Granulationsmasse vor. Nach dreistündigem Eingriffe gelang es, den Fremdkörper zu entfernen, der sich als ein Stück eines Zahnes erwies.

Im dritten Falle entfernte Verf. bei einem 13jährigen Knaben einen Kürbiskern, der sich seit 4 Wochen im unteren Theile des linken Hauptbronchus befand. Bei diesem Falle wurde die untere Bronchoskopie angewandt. Nach einer Woche entstand ein linksseitiger Pyopneumothorax und der Knabe starb.

A. v. SOKOLOWSKI.

79) **Gibb Wishart. Ein Erdnuss (pea-nut)-Kern aus der Trachea mittels Bronchoskop entfernt. (A peanut kernel removed from trachea through the bronchoscope.)** *The Laryngoscope. December 1910.*

Patient war 20 Monate alt. Die Anamnese war sehr unsicher, die Anzeichen der Stenose aber sehr deutlich und drohend. Die Entfernung gelang leicht. Ein paar Stunden später machte der Reizzustand des Larynx die Intubation nothwendig. Heilung.

EMIL MAYER.

80) **S. Iglauer. Tracheo-Bronchoskopie nebst Bericht von Fällen. (Tracheo-Bronchoscopy. With report of cases.)** *Ohio State Medical Journal. April 1911.*

Verf. berichtet über 5 interessante Fremdkörperfälle. Er folgert aus seinen Fällen unter anderem, dass bei Fehlen der Pulsation Aortenaneurysmen bronchoskopisch nur diagnosticirt werden können mittels Auscultation durch das Rohr.

Unterhalb eines Fremdkörpers, der nur zum Theil den Bronchus verlegt, bildet sich Emphysem und keine Atelectase.

EMIL MAYER.

81) **Ritter** (Salzbrunn). **Ueber einen Fall von Fremdkörper in den tieferen Luftwegen mit spontaner Ausstossung desselben nach $1^1/_4$ Jahr.** *Med. Klinik. No. 33. 1911.*

Bei einer Erwachsenen hatte ein aspirirtes Knochenstück katarrhalische Erscheinungen in Luftröhre und Bronchien verursacht. Bevor noch die radioskopische Untersuchung vorgenommen werden konnte, hustete Patientin bei einem sehr heftigem Hustenanfalle das betreffende Knochenstückchen aus.

SEIFERT.

82) **Tapia. Kleiner Nagel im linken Bronchus; Extraction mittels Bronchoskopie. (Tachuela de tapicero detenida en el bronquio izquierdo. Extraccion por bronquioscopia.)** *Revista espanola de laringologia. Januar-Februar 1911.*

4jähriges Kind. Der Nagel war bereits seit einem Monat aspirirt; es bestand Fieber und Dyspnoe. Das Kind war bereits tracheotomirt. In Chloroformnarkose Einführung eines 9 mm-Tubus. Die Extraction war schwierig, da der Fremdkörper von Granulationsmassen umgeben war.

AUTOREFERAT.

83) **Tavernier** und **Sargnon** (Lyon). **Fremdkörper des rechten Bronchus. (Corps étranger de la bronche droite.)** *Lyon Médical. 2. April 1911.*

Es handelt sich um ein 9 Monate altes Kind, das ein Stück Bohne aspirirt hatte. Tracheotomie mit temporärer Tracheostomie. Bronchoskopie. Spontane Expulsion. Bronchopneumonie. Tod am 12. Tage infolge eines Recidivs der bronchopneumonischen Infection.

GONTIER de la ROCHE.

f. Schilddrüse.

84) **H. Evan Waller. Der Einfluss von Salicylsalzen auf die Schilddrüsenthätigkeit. (The influence of salicylates on thyroid activity.)** *Lancet. 3. September 1911.*

Die gewöhnlichen Fiebersymptome sind wahrscheinlich zurückzuführen auf übermässige Schilddrüsensecretion, durch die die Toxine des infectiösen Processes neutralisirt werden sollen. Die Art, wie die Salicylsalze bei der Herabsetzung der Temperatur wirken, besteht darin, dass diese Hypersecretion verhütet wird. In einem Fall von Fieber bei Angina trat nach Anwendung grosser Salicyldosen subnormale Temperatur mit niedrigem Puls, niedrigem Blutdruck und Constipation ein. In einem Fall von mangelhafter Schilddrüsenfunction zeigte sich, dass auf Aspirin die Symptome sich steigern, während es bei Morbus Basedow erhebliche Besserung herbeiführte.

A. J. WRIGHT.

85) **Kocher** (Bern). **Neuere Untersuchungen der Schilddrüse bei Basedow und Hyperthyreoidismus.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 95. 1911.*

Die Untersuchungen der Basedowdrüsen weisen darauf hin, dass zuerst eine vermehrte Secretion verstärkter Producte aus der Drüse stattfindet (Hyperthyreoidismus). Später wird das in den vermehrten Zellen neu producirte Material nicht gespeichert, sondern sofort secernirt.

SEIFERT.

86) **A. Krecke** (München). **Ueber die Häufigkeit und die Diagnose der durch Hypersecretion der Schilddrüse bedingten Störungen (Thyreosen).** *Münch. med. Wochenschr. No. 30 u. 31. 1911.*

In eingehender Monographie verbreitet sich K. über die Pathologie und Symptomatologie des Hyperthyreoidismus und schlägt vor für die verschiedenen, mannigfach bezeichneten Symptomencomplexe einheitliche Namen festzusetzen. K. schlägt vor „alle von der Schilddrüse ausgehenden Störungen der verschiedenen Organe einschliesslich des Morbus Basedowii unter dem Namen Thyreosen zusammenzufassen und dabei zu unterscheiden Thyreosen leichteren und schwereren Grades. Neben den Basedowthyreosen unterscheidet er die schweren, ohne Exophthalmus einhergehenden Thyreosen als solche mit 1) vorherrschenden Störungen des Herzens, 2) vorherrschender Betheiligung des Nervensystems, 3) starker Beeinträchtigung des Ernährungszustandes und 4) Thyreosen unter dem Bilde der Jodvergiftung. An der Hand dieser Eintheilung verbreitet sich Autor eingehend über den ganzen Symptomencomplex, dessen Aetiologie, Pathologie und Diagnosenstellung er in einzelnen Capiteln erörtert, bezüglich dessen Details auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT

87) **A. Crotti. Einige Betrachtungen über Morbus Basedow vom pathologischen und chirurgischen Standpunkt. (Some pathological und surgical consideration of the exophthalmic goitre.)** *The Ohio State Medical Journal. 15. Juni 1911.*

Gewöhnlich bestehen enge Beziehungen zwischen den klinischen Symptomen und den histologischen Befunden an der Schilddrüse des Patienten. Wenn die klinischen Symptome geringer werden, wird auch die gesteigerte Blutversorgung und die Proliferation des Epithels im Verhältniss dazu geringer und umgekehrt. Dies ist jedoch nicht ausnahmslos der Fall und ein oder zwei Fälle des Verfs. zeigen dies Verhalten nicht.

Verfr. hält die chirurgische Behandlung für die einzig rationelle.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

88) **H. S. Plumner. Die Technik der Untersuchung der Oesophaguskrankheiten. (The technic of the examination of esophageal lesions.)** *Journal American Medical Association. 25. Februar 1911.*

Verfasser bespricht die Röntgenographie, Oesophagoskopie und die verschiedenen Methoden der Sondirung; besonders ausführlich die Oesophagoskopie.

EMIL MAYER.

89) **Mink. Ueber die primären Oesophaguserweiterungen. (O samoistnych vozszerzeniach pnelyku.)** *Medycyna. No. 21. 1911.*

Verf. beschreibt genau eine Reihe von primären Oesophaguserweiterungen, bei denen er zu einer sehr genauen Diagnose durch die Anamnese, durch Untersuchung mittelst Bougie und Röntgenoskopie kommt. Bei allen besprochenen Fällen fand er einen Krampf der Cardiagegend. Endlich bespricht Verf. sympto-

matologische und ätiologische Heilungsmethoden, die von vielen Verfassern empfohlen wurden.

A. v. SOKOLOWSKI.

90) **Jüngerich** (Berlin). **Beiträge zur Lehre von der Erweiterung der Speiseröhre.** *Med. Klinik. No. 35. 1911.*

In ätiologischer Beziehung spricht sich Jüngerich auf Grund seiner Erfahrungen, die durch die Krankengeschichten von 6 Fällen erläutert werden, dahin aus, dass in der Mehrzahl die Erweiterung der Speiseröhre auf einer neuropathischen Basis beruhe und der Beginn der Erkrankung durch psychische Affecte ausgelöst werde.

SEIFERT.

91) **Kelling** (Dresden). **Oesophagusplastik mit Hülfe des Quercolon.** *Centralblatt f. Chirurgie. No. 36. 1911.*

Die von Kelling vorgenommene Oesophagoplastik führte nicht zu so vollkommenem Erfolge wie in dem von Lexer operirten Falle.

SEIFERT.

92) **H. Imamura. Ein Todesfall durch Oesophagusblutung infolgė Lebercirrhose.** *Ijishimbun. No. 803. 1910.*

Ein 48jähriger Mann mit Pleuritis chronica dextra starb nach einer plötzlich aufgetretenen heftigen Epistaxis. Bei der Obduction fand man ausser Gefässruptur in der Cardiagegend des Oesophagus, Blutung im Magen, Hepatitis chronica interstitialis und Thrombose der V. portae, tuberculöse Geschwüre der Dickdarmschleimhaut, Pleuritis chron adhaes. dext., Milztumor etc.

INO KUBO.

93) **W. Okada. Demonstration der Oesophago-Bronchoskope nach Brünings.** *Ijishibun. No. 820. 1910.*

INO KUBO.

94) **Pernice** (Frankfurt a. O.). **Ueber Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1910.*

Gebiss mit 2 „Agraffen“ im Oesophagus tief unten festgekeilt. Oesophagotomie. Extractionsversuche misslangen anfangs, bis Verf., während er an dem mit der Zange gefassten Fremdkörper zog, ihn gleichzeitig mit einem Raspatorium umkreiste. Heilung ohne Reaction.

ZARNIKO.

95) **Bérard** (Lyon). **Oesophagotomia externa bei Fremdkörpern im Halstheil des Oesophagus. (Oesophagotomie externe daus les corps étrangers de 'oesophage cervical.)** *Lyon Médical. 9. April 1911.*

Die ösophagoskopische Methode ist nicht in allen Fällen anwendbar, sei es wegen ihrer Schwierigkeit bei manchen Kranken, sei es wegen der Gefahren, die durch Form oder Art des Fremdkörpers bedingt sind oder wegen der Dauer seines Verweilens in der Speiseröhre. Diese wird z. B. leicht zerreissbar, wenn es sich um scharfe Knochensplitter handelt. Hier findet die äussere Oesophagotomie ihre Indikation.

GONTIER de la ROCHE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress zu Berlin.

30. August bis 2. September 1911.

In der Eröffnungsitzung hält zunächst der Vorsitzende B. Fränkel seine Begrüssungsrede, in der er an die vorhergegangenen internationalen Laryngologen-Congresse erinnert, auf die seitdem in unserer Disciplin gemachten Fortschritte hinweist und die Bedeutung derjenigen Fragen auseinandersetzt, die in den officiellen Referaten des diesmaligen Congresses erörtert werden sollen. Nachdem der Schriftführer A. Rosenberg den Geschäftsbericht erstattet, erfolgen Ansprachen seitens eines Vertreters des Ministeriums und des Bürgermeisters von Berlin und Begrüssungen der Vertreter der einzelnen Staaten.

I. Tag.

I. Referat: Ueber die Beziehung der experimentellen Phonetik zur Laryngologie.

a) Gutzmann (Berlin): Nachdem G. die innige Verwandtschaft, die zwischen Laryngologie und Phonetik besteht, besprochen hat, begründet er die Wichtigkeit des Experimentes in seiner Wissenschaft, da die Schnelligkeit und Complicirtheit der in Betracht kommenden Vorgänge eine genaue Beobachtung ohne Instrumente ausschliesst. Die gesammten sprachlichen Vorgänge lassen sich nun in 3 Gruppen eintheilen, in die der Athmung, der Stimme und der Articulationswerkzeuge. Die Athembewegungen sind sehr wichtig wegen ihres Zusammenhanges mit den Stimmlippenbewegungen und Referent theilt alles, was bisher hierüber in physiologischer und pathologischer Beziehung festgestellt ist, mit; von gleichfalls grosser Bedeutung ist das Athemvolumen und sein Verbrauch bei der verschiedenen Art der Stimmanwendung und der Stimmstörungen, und auch hier sind viele sinnreiche Messungsapparate construirt worden. Was die Stimme anlangt, so beschränkt sich Referent auf die Frage, wie weit die Bewegungen des ganzen Organs der experimentell-phonetischen Messung zugänglich sind, beschreibt die verschiedenen hierfür verwandten Methoden und geht dann auf die Unterschiede der Kehlkopfstellung bei Natur- und Kunstsängern ein, deren wesentlichster darin besteht, dass beim Natursänger der Kehlkopf stets über die Indifferenzlage geht, während er beim Kunstsänger ein deutliches Hinstreben zur Indifferenzlage zeigt, wie es deulich aus den aufgenommenen Curven hervorgeht. G. erwähnt dann seine eigenen Versuche an pathologischen Fällen, hebt deren Wichtigkeit für die Therapie hervor und stellt dann eine Anzahl von experimentellen Methoden zusammen, die unmittelbar klinisch zur Untersuchung der Sprache und Stimme verwandt werden können, um schliesslich eine Reihe von Methoden, die zur Untersuchung der phonetischen Bewegungen des Ansatzrohres dienen, mitzutheilen, von denen die grösste Wichtigkeit für eine normale Sprachbildung der intacten Bewegung des Gaumensegels zukommt, und fügt auch hier therapeutische Rathschläge hinzu. Zum Schlusse zeigt Gutzmann, ein wie weites, neues Arbeitsfeld die Phonetik der Laryngologie geschaffen hat und wie erst nach Verfeinerung aller ihrer diagnostischen Methoden eine functionelle Diagnostik der Stimmkrankheiten möglich sein wird.

b) Struyken (Breda): S. bespricht in seinem Correferat nacheinander die Tonhöhe der Sprechstimme, die Schwingungen der Stimmbänder, den Luftdruck, der in den verschiedenen Theilen der Athem- und Sprachorgane herrscht, und die physische Energie der Stimme und stellt hier die Ergebnisse aller nach dem Jahre 1900 erschienenen Arbeiten zusammen. Dann theilt er die Methoden zur acustischen und mathematischen Analyse der Klänge mit und beschreibt die Apparate, die der Reconstruction der Klänge dienen. Beiden Referaten ist ein ausserordentlich reichhaltiges Literaturverzeichniss beigefügt.

Flatau (Berlin): 1. Ueber Versuche zum Studium und zur Messung aller gleichzeitig erfolgenden Stimm- und Sprechbewegungen ohne Anlegung von Uebertragungsapparaten an den Körper.

2. Zungen- und Mundbewegung in der Therapie der functionellen Stimmstörungen, Messung und Uebung durch einen neuen Apparat.

3. Oscillographische Klangaufnahmen.

4. Zur Behandlung der laryngealen Parästhesien und Dysästhesien.

F. führt zunächst Films mit gleichzeitiger Darstellung der Athem- und Kehlkopfbewegung beim Sprechen vor, deren Aufnahme ihm ohne Anlegung registrirender Apparate gelungen ist. Ferner zeigt er oscillatorische Klangaufnahmen, die mit einem neuen vereinfachten Oscillographen gewonnen sind. Schliesslich demonstrirt F. einen Apparat, der die phonasthenischen Beschwerden der laryngealen Dys- und Parästhesien durch locale Wärmeapplication bekämpft, und einen anderen nach dem Princip der Federwage construirten Apparat, der die Bestimmung hat, Bewegungen der Zunge und des Mundbodens zu registriren und gleichzeitig, mit der F.'schen Halsbandelektrode combinirt, die Vibration, Compression und Elektrisation des Stimmapparates gestattet.

Fröschels (Wien): Zur Nasen-Resonanz.

F. berichtet über Versuche zur Messung der relativen Stärke des Beiklanges, welches jeder gesprochene oder gesungene Vocal in der Nase auslöst. Er stellte fest, dass diese Stärke abhängt von dem betreffenden Vocal (sie ist beim a am stärksten, beim u am schwächsten), ferner von dem Contractionszustand des Gaumensegels, von der Stimmstärke und der Tonhöhe. Er bespricht den Einfluss des nasalen Beiklanges auf Gesang und Sprache und die durch pathologische Veränderungen des Nasentones erzeugten Sprach- und Stimmstörungen.

Grazzi (Florenz): Das Tremoliren der Stimme, Mittel zu seiner Verhütung und Behandlung.

Nadoleszny (München): Athembewegungen und Athemvolumen beim Singen.

N. fand bei Untersuchung pneumographischer Curven, dass diese beim Natursänger beim Uebergang in ein anderes Register flacher wurden, während sie sich beim Kunstsänger kaum änderten. Der Luftverbrauch war beim Kunstsänger kleiner als beim Natursänger, am kleinsten beim Kunstsänger in der Falsett-, beim Natursänger in der Bruststimme.

Pielke (Berlin): Ueber den Ausgleich des Stimmbruchs durch die sogenannte Deckung.

Bei Aufwärtssingen der Skala mit Bruststimme kommt der Naturalist etwa bei d′ auf einen Punkt, wo die Stimmgebung schwierig wird und der Stimmklang unschön verändert wird. Man hat diese Stelle mit dem Worte Stimmbruch bezeichnet, welcher Ausdruck sonst für den Zustand der Stimme während der Mutation gilt und auch für die nach der Mutation verbleibende Kluft zwischen der Bruststimme und Falsettstimme, die nie, auch durch grosse Kunst nicht, völlig ausgeglichen werden kann. Der Stimmbruch in der Bruststimme aber kann sehr gut ausgeglichen werden und dieses gesangliche Verfahren nennt der Sänger die „Deckung“ und unterscheidet darnach die tieferen offenen und die bei dem Vocal a etwa von d′ an eintretenden gedeckten Töne: die voce aperta und voce chiusa der Italiener. Diese Deckung tritt für die verschiedenen Vocale an verschiedenen Stellen der Skala auf: Zuerst für i bei d, dann folgen u, e, o, a. Der objective Unterschied zwischen offen und gedeckt gesungenen Vocalen wurde durch die Aufnahme von Klangcurven erwiesen, bei deren Analyse sich herausstellte, dass bei den offenen Tönen der zweite Partialton ganz ausserordentlich stark vertreten war (viel stärker als der Grundton), bei den gedeckten hingegen prävalirte der Grundton.

Katzenstein (Berlin): Versuche über den Luftverbrauch beim Sprechen und Singen.

1. Versuchsanordnung. Der Kopf der Versuchsperson wurde in einer Glasglocke mit einem Gummikragen abgeschlossen, ein Einathmungsventil fand sich unmittelbar vor Mund und Nase, das Ausathmungsventil an der Hinterseite der Glocke war an eine registrirende Gasuhr angeschlossen.

2. Prüfung des Apparates. Vergleichung des Athemvolumens bei Athmung in der Glocke und bei Athmung aus der freien Luft durch die Ventile ergab, dass die Athmung in der Glocke nicht merklich durch Kohlensäurestauung beeinflusst war.

3. Versuchsergebnisse. a) Der Luftverbrauch beim Vorlesen und freiem Sprechen ist um 20—30 pCt. geringer als bei ruhiger Athmung. b) Der Luftverbrauch beim Declamiren und Singen übertrifft den Ruheverbrauch in desto höherem Maasse, je mehr die Stimmgebung forte ist.

Gradenigo (Turin) bespricht die von ihm benutzte Versuchsanordnung über die Analyse der Vocale.

Hugo Stern (Wien): Gesangsphysiologie und Gesangspädagogik in ihrem Verhältniss zur Frage der Muskelempfindung und der beim Singen auftretenden Vibrationen.

S. besprach zuerst die Wichtigkeit eines tadellosen Gehörs für die Stimmbildung, aber dieses allein genügt nicht, weil es erst nach dem Erklingen des Tones controlirend und eventuell regulirend eintritt, während doch der Sänger einen Ton plötzlich einsetzen muss und so die für die Athmung, die Tonhöhe, die Tonstärke und Klangfarbe im gegebenen Momente erforderlichen Bedingungen herzustellen hat. Daher muss jede Gesangsmethode neben der Disciplin des Hörens und der

Förderung der musikalischen Intelligenz als einen Hauptfactor die Heranziehung und Heranbildung richtiger Muskelempfindungen beim Studium des Sängers in die erste Reihe stellen. Eine grosse Rolle spielt auch der Umstand, welcher Sinnestypus („Acustiker, Optiker, Motoriker") beim Sänger am meisten prävalirt. Der Motoriker stellt auf dem Wege des Muskelgefühles seine Stimmorgane — ein tadelloses Vorsingen ist selbstredend die Vorbedingung — sehr bald richtig ein. Aber nicht nur er, sondern jeder Sänger muss ein richtiges Muskelgefühl und ein treues Muskelgedächtnis besitzen. Bezüglich der Vibrationen beim Singen untersuchte S. dieselben am Schädel und am Thorax. Zur Controle seiner Resultate zog er das feine Tastgefühl des Taubstummen heran. Er fand im Gegensatz zu anderen Autoren bei der Bildung der Kopfstimme eine Intensitätszunahme der Vibrationen am Schädeldache und konnte zeigen, dass überhaupt in demselben Masse, in dem die Vibrationen am Schädel zunehmen, sie am Thorax abnehmen. Das richtige Mischen des Brusttones mit dem Kopftones ist nicht nur für die leichte Bildung des Tones von ausschlaggebender Bedeutung, sondern auch in gesangsästhetischer Hinsicht von grösstem Werthe. Für die Registerfrage sind diese Thatsachen von grosser Bedeutung. Sie zeigen uns, dass die Bildung der drei verschiedenen Register beim geschulten Sänger neben dem Stimmlippenmechanismus, der Kehlkopfstellung, der Quantität des Luftverbrauches auch von der Art der Resonanz als Ausdruck der Tonführung abhängt.

Discussion:

Biaggi (Mailand) hat experimentell an pneumatographischen Curven festgestellt, dass die Musikstücke der alten Componisten den Erfordernissen der physiologischen Athmung entsprechen, die der modernen nicht. Es ist nothwendig, bei der Ausbildung der Stimme eine gehörige Athempädagogik anzuwenden, da schlechte Athmung Anlass zu Krankheiten giebt.

Peyser (Berlin) hat seit 1907 die Aufnahmeuntersuchungen der Schauspielschüler des Deutschen Theaters gemacht und die Schüler allmonatlich ärztlich untersucht. Es waren 109 Damen und 87 Herren. Von diesen waren bezüglich der Halsorgane normal bei der Aufnahme 35 Damen, 15 Herren. Die sieben im Laufe des jedesmal zweijährigen Unterrichtscyklus vorgekommenen functionellen Störungen haben niemals die normal Befundenen betroffen, sondern stets solche, die schon bei der Aufnahme organische Veränderungen zeigten.

Sokolowsky (Königsberg) erwähnt zum Referat von Struycken noch ergänzend die Methode von O. Weiss zur Reconstruction der Klänge vermittels der Selensirene. Vortragender hat mehrfach sich persönlich von der grossen Deutlichkeit und Genauigkeit der vier reproducirten Vocale a, o, e, u überzeugen können; eine gute Darstellung des Vocals i ist bisher noch nicht gelungen. Zum Vortrag des Herrn Nadoleczny bemerkt S., dass er nach seinen zur Zeit im Herrmann'schen physiologischen Institut zu Königsberg vorgenommenen Versuchen ein Bestehen eines Mittelregisters bei den Männerstimmen nicht nachweisen konnte; während die Frau über drei gleichberechtigte Register (die Mittelstimme hat etwa den Umfang einer Octave und ist das Haupt- und Gebrauchsregister der Frau) verfügt, konnte S. nur bei wenigen gut geschulten Kunstsängern eine nicht zahlreiche Töne umfassende Stelle, die sich in ihrer Klangfarbe sowohl von der Brust-

stimme, als auch von Falsett unterschied, nachweisen. Da S. aber bei Natursängern diese Differenz niemals nachweisen konnte, meint er, dass sie auch nichts Physiologisches darstellt, sondern nur ein Kunstproduct von geschickt verwendeter und veränderter Stellung des Ansatzrohres.

Ernst Barth (Berlin): Die der Tonskala entgegengesetzten Bewegungen des Kehlkopfes helfen auch die stärker ausgeprägten Bewegungen des Mundbodens im Sinne der Resultate von Gutzmann und Flatau erklären. Die Registrirung der Kehlkopfbewegungen wird besser durch das Röntgenverfahren ersetzt. Bei der pneumographischen Untersuchung besonders gut geschulter Sänger hann man sogenannte paradoxe Bewegungen einzelner Thoraxabschnitte beobachten, welche aller Wahrscheinlichkeit nach zur Erzielung modificirter Brustresonanzen angewendet werden.

Imhofer (Prag) empfiehlt gegen Phonasthenie die Spiess'sche Summmethode Stern erwidere er, dass Theler den ganzen Musikunterricht auf dem Muskelgefühl beruhen lassen wollte, was er für übertrieben halte.

Réthi (Wien) bemerkt, dass die von Oertel aufgefundene Knotenlinie nach seinen Untersuchungen nicht existirt: der Unterschied zwischen Brust- und Falsettstimme liege in einer verschieden starken Spannung des Stimmbandmuskels. R. ist ferner der Ansicht, dass die Versuche Fröschel's die Nasenresonanz doch nicht völlig bedeutungslos machen.

Winckler (Bremen) hebt die Wichtigkeit des Velum palatinum für Stimmerkrankungen hervor.

Ter-Kuyle (Haag) macht auf den schon früher von ihm hervorgehobenen Unterschied zwischen Brust- und Falsettstimme aufmerksam. Bei dieser handele es sich um primäre Erschütterung der Stimmbänder, bei jener um eine Erschütterung der Trachealluftsäule, die secundär die Stimmbänder in Schwingungen versetzt.

Gutzmann (Schlusswort) protestirt gegen die Ausführungen Barth's und bestreitet, dass bei geschulten Sängern bei steigender Tonskala stufenweise der Kehlkopf tiefer tritt. Die Bewegungen der Athmung von Brust und Bauch sind von Mosso sorgsam abgewogen und dargelegt worden, die Aufnahme der Curven ist einfach, ihre Deutung oft schwer.

Die indirecte Nasenresonanz existirt zweifellos und wird auch von Giesswein nicht bestritten. Sie ist aber in ihrer Klangfärbung minimal, fast gleich 0.

Nadoleczny (München, Schlusswort) betont gegenüber Sokolowky, dass beim Manne drei Register existiren.

In der Nachmittags-Sitzung wird zunächst ein Antrag Alexander (Berlin) auf Sammelforschung in der Ozaenafrage angenommen und die Herren Rosenberg, Alexander und Grabower mit den Vorarbeiten betraut.

Grabower (Berlin): Klinischer Beitrag zur Function des M. thyreocricoideus.

G. theilt mehrere eigene Beobachtungen mit, die beweisen, dass nach Recurrensdurchschneidung der M. thyreocricoideus 3—4 Tage lang allein die Stimm-

lippen in Medianstellung fixirt hielt und ferner den Antheil zeigt, den dieser Muskel in der Synergie mit dem M. vocalis beansprucht.

Graeffner (Berlin): Das Verhalten des Kehlkopfes bei Paralysis agitans:

G. theilt den laryngoskopischen Befund von 80 Fällen von Paralysis agitans mit. 21 mal constatirte er einen Tremor der Stimmbänder im Tacte des allgemeinen Tremors, 27 mal in einem andern Tempo, 32 mal gar keinen Stimmbandtremor. V. geht dann näher auf die Eigenheiten des Stimmbandtremors ein und demonstrirt zum Schluss strang- oder kugelförmige Einlagerungen im Vaguskern bei Kranken mit Paralysis agitans und Tremor der Stimmbänder.

Rothmann (Berlin): Zur Localisation der Kehlkopfinnervation in der Kleinhirnrinde.

R. theilt mit, dass nach seinen Feststellungen am grosshirnlosen Hund neben den Centren für die Kehlkopfbewegung in den vordern Partien der Grosshirnrinde auch ein gut ausgebildeter subcorticaler Innervationsmechanismus vorhanden sein muss. Die von Bolle auf vergleichend anatomischem Wege inaugurirte, durch die physiologische Forschung erhärtete weitgehende Localisation der Körperfunctionen in der Kleinhirnrinde, liess auch ein Kehlkopfcentrum hier erwarten, zumal da bei Kleinhirnexstirpation wiederholt Störung der Lautgebung beobachtet wurde. R. konnte nun feststellen, dass nur die Ausschaltung des dem 4. Ventrikel zugewandten Teils der Rinde des Lobus anterior des Kleinhirns eine Schädigung der Kehlkopfinnervation bewirkt, die sich allerdings, wenn der Hund leben bleibt, in einigen Tagen zurückbildet, ohne aber ganz zu verschwinden.

Lasagna (Parma): Beziehungen zwischen dem Sinus maxillaris und dem 2. Trigeminusast.

L. bespricht die Anatomie des 2. Trigeminusastes und seine Beziehungen zum Sinus maxillaris, die durch das Wachsthum dieses letzteren gewisse Veränderungen zeigen, die für Operationen an Nerven und am Sinus sowie für das Verständnis gewisser Neuralgien von grosser Bedeutung ist.

Onodi (Budapest): Nervenfaserverlauf der Ansa Galeni im Stamm der untern Kehlkopfnerven und in seinen Endzweigen.

Degenerationsversuche am Hunde, die den Faserverlauf der Ansa Galeni feststellen sollten, ergåben, dass die Nerven der Ansa Galeni zum grossen Teil in den Stamm des N. laryngeus inf. übergehen und dass sich nur ein kleiner Teil bei der Verbindung umbiegt, um mit den Endzweigen des N. laryngeus inf. zum Kehlkopf zu gelangen. Der grössere Theil der Nervenfasern der Ansa Galeni geht auch mikroskopisch nachweisbar zur Trachea.

Nun zeigten sich nach Ausschaltung der obern und untern Kehlkopfnerven im degenerirten Stamme und in den Endzweigen des N. laryngeus inf. noch intacte Nervenfasern. V. erklärt diese Thatsache entweder aus Anastomosen mit den Nerven der andern Seite oder mit den Rami communicantes des Sympathicus.

Pollak (Graz) berichtet über die respiratorischen Conträrbewegungen der Stimmlippen, die bei hysterischen Personen bekanntlich

vorübergehend vorkommen, aber sowohl bei der Hysterie als auch bei andern psychogenen Neurosen Tage und Wochen anhalten können. V. unterscheidet 5 Typen dieser „Konträraction der Stimmlippen“: beim 1. findet maximale exspiratorische Erweiterung und inspiratorische Verengerung der Stimmlippen statt, beim 2., häufigsten, sind die Stimmlippen exspiratorisch stark genähert, um sich bei der Inspiration fast völlig aneinander zu legen., der 3. Typus unterscheidet sich vom vorigen dadurch, dass die Verengerung der Stimmritze sich vorwiegend auf die Glottis ligamentosa beschränkt, der 4. und 5. Typus ist sehr selten. Die Therapie dieser Zustände hat wie ihre Ursache eine psychische zu sein.

(Fortsetzung folgt.)

Max Rosenberg.

---

b) Belgische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Februar 1911 im St. Johannishospital in Brüssel.

Vorsitzender: J. Broeckaert.

Ch. Goris (Brüssel): Arbeitsunfall und Augen-Nasencomplicationen.

G. stellt einen Kranken vor, einen jungen Mann, Müller, der einen 75 kg schweren Sack Mehl auf den Rücken tragend ausglitt und mit dem Gesicht auf den Boden fiel. Das auf den Hinterkopf einwirkende Gewicht des Sackes drückte das Nasengerüst ein und verursachte einen vertikalen und transversalen Riss der Nasendecken. 3 Tage nach dem Unfall ward der Kranke in die Klinik von G. gebracht, Temp. 39,5, mit gedunsenem Gesicht, mit derart ödematöser Anschwellung des linken Augenlides, dass man nur mit Mühe den Augapfel, der intakt war, zu Gesicht bekommen konnte. Der vorgenommene Eingriff bestand im Ausschneiden der zerfetzten Hautränder, Eindringen durch die Excisionsöffnung in die linke Nasenhöhle, behufs Aufrichtung der Nasenscheidewand, Entfernung der zerbrochenen unteren Muschel und des aufsteigenden Kieferastes. Im Augenblick der Entfernung der Muschel quoll Eiter hervor aus der Gegend des Hiatus des Sin. maxill., der der Sitz eines Empyemes war. Nach gründlicher Reinigung und Sterilisation mit Jod wurde durch eine operativ angelegte Lücke in der neuen Wand tamponiert. — Die Incision und Drainage des oberen Augenlides beförderte keinen Eiter zu Tage.

4 Wochen nachher corrigirte eine Rhinoplastik mit Stirnlappenbildung die Sattelnase und hässlichen Narben des Nasenrückens.

Jallas: Arbeitsunfall, complicirter Bruch der Nasenscheidewand, des Nasenbeines und der aufsteigenden Oberkieferapophyse.

J. stellt einen Kranken vor, welcher bei der Arbeit einen Sturz machte und sich die Nasenscheidewand und die aufsteigende Oberkieferapophyse fracturirte: Entfernung reichlicher Knochenfragmente, Naht der Nasenscheidewandschleimhaut; zurückgebliebene ausgedehnte Synechien werden von J. elektrolytisch behandelt und sind im Verschwinden begriffen. Es handelt sich nun darum, den Procentsatz

zu bestimmen, welchen man als Schadenersatz für die Beeinträchtigung sowohl in funktioneller als ästhetischer Hinsicht in Anschlag zu bringen hat.

Henneberg: Ein Fall von traumatischer Maxillarsinusitis.

Ein junger Ingenieur wird im Gesicht durch ein Fragment eines bei 200 Athmosphärendruck explodirten Sauerstoffcylinders verletzt: Riss in der Oberlippe und Fraktur des linken Oberkiefers mit weiter Eröffnung des Sinus; der vordere Theil des Alveolarfortsatzes ist entfernt, der hintere wird replacirt. Wunde und Sinus werden von Splittern und angehäuften Fremdkörpern gesäubert; rasche Heilung einer Gaumenfistel neben dem Alveolarfortsatze, aus welcher von Zeit zu Zeit noch einige kleine Fremdkörper (Barthaare und ganz kleine Zahnstückchen) entfernt werden. Nach 3 Monaten stellen sich alle Zeichen einer eitrigen Sinusitis ein; nachdem sich die Ausspülungen durch die Nase als nutzlos erwiesen, wurde die Luc'sche Operation vorgenommen, bei welcher der Sinus mit reichlichen Fungositäten ausgefüllt gefunden wurde ohne Spuren einer Osteitis; vollständige Heilung.

V. Delsaux (Brüssel): Arbeitsunfälle auf dem Gebiete der Otorhinolaryngologie.

D. stellt eine grössere Anzahl derartiger Fälle vor und betont die Nothwendigkeit, die aus einer grossen Anzahl von Fällen hervorgeht, insbesondere solcher, welche Ohrläsionen betreffen, sich bei gerichtsärztlichen Berichten bezüglich der Prognose möglichst reservirt auszusprechen.

Hennebert (Brüssel): Ueber die Rolle der Otorhinolaryngologen in der Schule.

Die otorhinologische Untersuchung der Schüler ist unumgänglich nothwendig; sie leistet immense Dienste, indem sie Taubheitscandidaten ausspürt (u. a. adenoide Wucherungen, Mandelhypertrophien, Nasenverstopfungen usw.) und Ohrerkrankungen zu einer Zeit erkennen lässt, wo dieselben noch leicht und vollständig heilbar sind. Die Untersuchung der Kinder vom specialistischen Standpunkt aus muss „somatologisch" und „functionell" sein: die functionelle Untersuchung, die einzige, welche halbwegs befriedigend vom Lehrerpersonal und vom gewöhnlichen Arzt vorgenommen werden kann, genügt nicht, und wird nur die schweren Affectionen entdecken lassen, welche meist schon ausserhalb des Bereiches der therapeutischen Mittel liegen, während sie eine grosse Anzahl leichterer Ohraffectionen und solcher der Nebenorgane, die über kurz oder lang Gehörstörungen verursachen, unbeachtet lässt.

Die somatische Untersuchung kann nur von einem Spezialisten vorgenommen werden, und ist unerlässlich. Die Feststellung einer einfachen Veränderung des Trommelfellbildes wird oft den Beginn einer funktionellen Störung verrathen. Die Organuntersuchung ist leicht vorzunehmen und erheischt kaum eine besondere Einrichtung und wird sehr leicht von den Kindern acceptirt. Man unterlasse die Digitaluntersuchung des Cavum, zumal es sich nicht darum handelt, eine bestimmte Diagnose zu machen, sondern nur darum die Aufmerksamkeit auf die Nothwendig-

keit zu richten, das Kind je nach beliebiger Wahl von competenter Seite untersuchen zu lassen. Für die funktionelle Untersuchung muss von vornherein auf den Gebrauch aller acustischen Apparate und Instrumente Verzicht geleistet werden, und hat man sich auf eine einfache praktische schnelle Methode zu beschränken, nämlich mit der Prüfung eines Ohres nach dem andern mittels Flüsterstimme.

Die Bedingungen für die spezialistische Untersuchung wechseln nothwendiger Weise mit den localen und materiellen Verhältnissen usw. Es wäre zu wünschen, dass alle Schulen untersucht werden könnten; da, wo dies nicht möglich ist, lasse man 1. die Kinder des Elementarunterrichtes, 2. die Klassen schwachsinniger und zürückgebliebener Kinder und 3. die Revue passieren, welche orthophonische Kurse besuchen.

---

c) 21. Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngo-rhinologischen Gesellschaft in Gent am 15., 16. und 17. Juli 1911.

Vorsitzender: J. Broeckaert.

Sitzung vom Samstag, den 15. Juli.

Demonstration anatomischer und anatomisch-pathologischer Präparate.

Bôval (Charleroi) zeigt eine Dermoidcyste des Sin. maxillaris vor, herstammend von einem 19jährigen Mädchen; Patientin hatte eine deutliche Fluctuation unter der Schleimhaut des Gaumens, dessen Knochengerüst zu einem grossen Teil geschwunden war, und in der entsprechenden Nasenhöhle, die stark verengert und der Sitz einer reichlichen Rhinorrhoe war. Die Untersuchung des Tumors ergab, dass er sich auf Kosten eines supplementären (?), vollständig zur Entwicklung gelangten Zahnes gebildet hatte.

Bôval (Charleroi): Fronto-ethmoido-maxillarepitheliom von einem 65jährigen Mann, das auf transmaxillonasalem Wege entfernt worden war.

Der Tumor hatte sich im rechten Sin. maxill. entwickelt, dann die Siebbeinzellen ergriffen und sich bis in den entsprechenden Sin. frontal. ausgedehnt. Heilung; bis jetzt noch keine Recidive. Die bösartige Natur der Geschwulst wurde von Prof. Firket aus Lüttich bestätigt.

Broeckaert (Gent): Die Regionalanästhesie in der Otorhinolaryngologie.

Nach Demonstration der Anordnung und Vertheilung der die Nase und Nasennebenhöhlen versorgenden sensiblen Nerven an anatomischen Präparaten bespricht der Autor die verschiedenen Methoden der Anästhesie à distance, und zwar: 1. der äussern Nasennerven; 2. des Stammes des Nasal. intern.; 3. des Nerv. nasolobul. und 4. des Nerv. infraorbitale.

Für die Anästhesie des Nerv. maxill. super. giebt er dem Orbitalverfahren den Vorzug, welches darin besteht, dass man die Nadel unmittelbar über dem untern Orbitalrand, ungefähr 2 cm vom untern äussern Winkel entfernt, eindringen

lässt und sie dann von vorne nach hinten etwas schräg nach aussen vorschiebt, indem man sich an den knöchernen Boden der Orbita hält, bis die Nadel in weiches Gewebe eindringt, was bedeutet, dass sie sich in der Sphenomaxillarspalte befindet. — Von diesem Augenblick an schiebt man den Stempel der mit dem Anästheticum (Cocainlösung mit oder ohne Adrenalin) gefüllten Spritze langsam vorwärts, während man die Nadel noch um ca. 2 cm weiter vorwärts führt, darauf achtend, der Spritze eine leichte Rotationsbewegung nach aussen zu verleihen.

Vorzeigen mikroskopischer Präparate.

Fallas (Brüssel): Hautperlenepitheliom, welches alle Gesichtshöhlen befallen hatte.

Bei einem 61jährigen Kranken, der in der Gegend des Nasomaxillarwinkels eine kleine Warze hatte, war nach Abtragung derselben die Wunde rasch vernarbt, aber nach einigen Monaten entwickelte sich in der Tiefe der Gewebe eine Geschwulst, welche, nachdem sie den Tränensack befallen, das Os unguis und Os planum zerstörte und dann in alle Gesichtshöhlen proliferirte, wovon sich der Autor im Verlaufe eines Eingriffs überzeugen konnte. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um ein Hautperlenepitheliom handelte.

Sitzung vom 16. Juli.

Bericht von de Stella über die Differentialdiagnose zwischen der Pyolabyrinthitis und dem Kleinhirnabscess.

Delsaux (Brüssel): Nasenfractur behandelt mit metallenen Prothesen (Chitinmaske).

Vorstellung eines Kranken, welcher sich durch einen Sturz mit dem Rad eine vollständige Fractur der Nasenbeine und der Nasenscheidewand zugezogen hatte.

Die reducirte Fractur wurde vermittelst einer aus feinem, der Form der Nase entsprechend modellirtem Metallgewebe, das in eine Lösung von Celluloid und Aceton getaucht worden, angefertigten Maske zusammengehalten. Während die Maske vermittelst leinener Bänder am Gesicht fixirt war, wurden im Innern der Nasenhöhle die Scheidewandfragmente vermittelst starker Caoutchoucröhrchen zur gegenseitigen Annäherung gebracht. Der Apparat wurde jeden Tag abgenommen und die Drainageröhrchen zur Desinfection herausgenommen. Nach 14 Tagen wurden letztere wegen ihrer grossen Unbequemlichkeit weggelassen und eine Woche später der ganze Apparat entfernt, worauf der Kranke das Spital verliess. In der Folge half D. der ungenügenden Nasendurchgängigkeit, welche er der geringen Rigidität der Caoutchoucröhrchen zuschrieb, durch kleine endonasale Operationen nach.

Um in Zukunft diesem Nachtheil vorzubeugen, beabsichtigt D. die von Ch. Delstanche für die Geraderichtung von Nasenscheidewanddeviationen angegebenen Schienchen zu verwenden. — Das von ihm erzielte Resultat sei immerhin vom ästhetischen Standpunkt aus und was die Atmung anbelangt sehr zufriedenstellend ausgefallen.



Broeckaert (Gent): Serie von Ozaenafällen geheilt durch Injectionen von Paraffin.

Vorstellung von 7 durch Paraffininjectionen geheilten Kranken, die mit den anderen Methoden resultatlos behandelt worden waren. Zur Erreichung solcher Resultate gehöre aber Ausdauer.

Discussion:

Mahu (Paris) macht auf die Zuziehung einer anderen von Foy beschriebenen Methode „la rééducation respiratoire du nez" aufmerksam. Die Combination dieser beiden Behandlungen habe ihm bis jetzt ausgezeichnete und rapide Resultate ergeben, wenn man unter „geheilten Ozaenen" solche Kranke begreife, welche keine Borken mehr ausstossen, geruchlos sind und keiner Ausspülungen mehr bedürfen und deren Nasen- und Nasenrachenschleimhaut ihre Feuchtigkeit und ihr ursprüngliches Aussehen wiedererlangt haben. Diese Methode beweise zu gleicher Zeit die Unrichtigkeit der Theorie Zaufal's: es ist nicht der Durchzug eines zu starken Luftstromes durch die zu weiten Nasenhöhlen, die die Borkenbildung veranlasse, weil im Gegentheil in den vorliegenden Fällen gerade der Luftstrom sie zum Verschwinden bringe und den Schleimhautdrüsen ihre normale Function wieder verschaffe.

Fernandès (Brüssel): Einige Fälle von Nasenlupus, behandelt mit Parachlorphenol.

Van den Wildenberg: Sinusitis frontoethmoidalis mit Subduralabscess: Operation. Heilung:

Bei einem 8jährigen Kinde entsteht im Gefolge von Mumps eine doppelseitige Sinusitis frontalis und eine rechtsseitige Sinusitis ethmoidalis mit präfrontalem Subperiostal- und Subduralabscess, die unter sich nicht communiciren. Trotz Vorhandenseins einer Meningitis im Augenblick der Operation trat prompte Heilung ein.

Broeckaert (Gent): Nasenrachenfibrom auf transmaxillonasalem Wege im Jahre 1905 bei einem jungen Manne operirt.

Goris (Brüssel): Vorstellung zweier mit verschiedenen Methoden operirter Nasenrachenfibrome.

Unter 8 von G. operirten Fällen wurden 5 per vias naturales operirt, zwei mit temporärer Resection des Oberkiefers, und einer mit definitiver Totalresection. Von den 8 Operirten ist einer (während der Operation) gestorben: ein 10jähriges Kind, welches in einer Klinik lange Zeit elektrolytisch behandelt worden war und die Operation nicht aushielt. Die Operation auf natürlichem Wege eignet sich für die Fälle von Tumoren mit zugänglichem Stiel und ohne Ramificationen.

In den anderen Fällen giebt die temporäre Kieferresection sehr guten Zugang und gestattet die Stillung der Blutung, sei es durch Umschneidung, sei es durch Tamponade (wie bei dem vorgestellten Fall No. 1.)

Die definitive Totalresection, welche man als allgemeine Methode mit Recht aufgegeben hat, eignet sich nur für Ausnahmefälle (Pharyngotemporaltumor wie beim vorgestellten Fall No. 2.)

Fernandès (Brüssel): Ein Fall von Parese des Laryn.

Eine Kranke, welche seit 3 Jahren Heiserkeit und mehr oder minder häufige Erstickungsanfälle darbietet. Laryngoscopisch constatirt man, besonders während der Respiration, dass die beiden äusseren Drittel der Stimmbänder fixirt und immobil sind, während noch eine gewisse Beweglichkeit auf der ganzen Länge ihres freien Randes existirt; diese Portion jedes der Stimmbänder verbreitert sich während der Inspiration mit der Tendenz, die Glottis während der Exspiration zu schliessen.

Die Ursache liegt scheinbar in einer Centralaffection und nach den klinischen Untersuchungen handelt es sich wahrscheinlich um einen Tumor cerebri.

Bayer untersucht die Kranke und findet eine Paralyse des linken Stimmbandes und eine Parese des rechten. Da auf beiden Seiten des Halses Drüseninfiltration besteht, so könnte es sich um eine Compression beider Recurrentes gefolgt von Paralyse und Parese der Cricoarytaenoides post. handeln.

Merckx (Brüssel) glaubt, dass es sich in diesem Falle um eine Parese der Arytaenoid., begleitet von Muskelatrophie handle. Er theilt nicht die Ansicht Bayer's, was die Unilateralität der Läsion anbelangt (was übrigens B. nie behauptet hat! Ref.), es handle sich nicht um eine Recurrensläsion, weil der Nerv diese Muskeln nicht innerviert.

Fernandès kann nicht zugeben, dass es sich um eine Atrophie der Mm. arytaenoid. handle, da ihre Mobilität bei der Phonation erhalten sei.

Broeckaert (Gent): Recidivirende Larynxpapillome.

Erwachsener Kranker mit Kehlkopfpapillomen, der seit 2 Jahren zahlreiche intralaryngeale Operationen mit sofortigen Recidiven durchgemacht hat. Die innerliche Behandlung mil calcinirter Magnesia 5 g pro die war ohne Effect geblieben. B. beabsichtigt einen letzten Versuch zu machen und die Papillome nach regionärer Anästhesie beider Nn. laryng. super. vermittelst directer Laryngoskopie anzugreifen; gelingt das nicht, so bleibe ihm nur noch die Laryngostomie übrig, welches die Zukunftsoperation für die schlechten Fälle sei.

Beco (Lüttich) findet, dass eine 6wöchige Behandlung mit Magnesia nicht genüge, um an der Wirkung dieses Medicaments zu zweifeln, besonders beim Erwachsenen und für einen Tumor, der einen sehr ausgesprochenen papillären Charakter trage. Andererseits meint er, dass es von Nutzen wäre, das ununterbrochene Operiren der Neubildung aufzugeben, um keine Veranlassung zu einer allzu langen Reihe von postoperativen Reactionen, die für die Heilung wenig günstig seien, zu geben. Er habe es gut befunden, den mit ausgebreiteten Papillomen behafteten und mit der Stomie behandelten Kranken Ruheperioden zu gewähren. Man darf annehmen, dass es sich ebenso verhält, wenn man per vias naturales angreift, auch wenn man damit die innerliche Behandlung mit Magnesia verbindet.

Broeckaert (Gent): Ein Fall von Spontanheilung einer bösartigen Geschwulst (hyalogenes Cylindrom) des Kehlkopfs; beginnendes Recidiv.

Der Fall ist interessant wegen des spontanen Verschwindens der Geschwulst

und der äusserst seltenen histologischen Varietät, welcher die Neubildung angehört (hyalogenes Cylindrom).

Es handelt sich um einen 27jährigen Mann, bei welchem 2 Jahre vorher die Diagnose auf eine bösartige Kehlkopfgeschwulst gestellt worden war. Als er sich zum ersten Male in Broeckaerts Poliklinik vorstellte, bot er eine starke Dyspnoe mit Stridor und Schluckbeschwerden dar; er hatte Fieber und sein Allgemeinzustand liess viel zu wünschen übrig. Bei der laryngoskopischen Untersuchung constatirte man einen grossen höckerigen, schmutziggrauen, mit Schleimeiter überzogenen Tumor, welcher den Eindruck machte, als ob er in Zerfall begriffen sei. Der Tumor scheint die Epiglottis und die arytaenoiden Falten eingenommen zu haben. Rechts eine indurirte Lymphdrüse. Der Kranke wurde in Voraussicht einer eventuellen Tracheotomie ins Krankenhaus aufgenommen. Um eine exacte Diagnose der Geschwulst zu machen, fasste sie B. mit einer starken Kehlkopfzange und löste einen ganzen gangränösen übelriechenden Block los; nach 2 oder 3 Wiederholungen ward der ganze vollständig nekrosirte Tumor entfernt. — Rasche Besserung des Allgemeinzustandes und glatte Heilung. Die Epiglottis und die aryepiglottischen Falten sind total verschwunden. Augenblicklich ist ein beginnendes Recidiv vorhanden, welches gestattete, die exacte Diagnose festzustellen. — Wahrscheinlich ist die spontane Heilung dieser Geschwulst der Production nekrotischer Phlegmasien, vielleicht unter dem Einfluss eines Erysipels, zuzuschreiben.

Fallas (Brüssel): Angiom des Pharynx, Larynx und des Halses.

Junges Mädchen von 19 Jahren, operirt in seiner Kindheit an einem Halsangiom, bietet eine „angiomatöse Dilatation“ am Halse, Pharynx und Larynx dar. Die Aryknorpel sind mit einer bläulichen Masse von höckerigem Aussehen tapezirt, welche den Kehlkopf zum Theil überragt. Das gleiche Aussehen gewährt das linke falsche und wahre Stimmband bis hinab in die Regio subglottica. Die Kranke bietet mit Ausnahme einer rauhen Stimme keine andern Störungen dar. Angesichts der Abwesenheit von Störungen und der Multiplicität der angiomatösen Herde unterliess F. jede Intervention.

Der Autor stellt noch Betrachtungen über die Angiome dieser Gegend an, wovon er gegen 40 in der Literatur niedergelegt fand.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Gleichzeitige totale Laryngo- und Pharyngotomie wegen Krebses bei einem 70jährigen Mann. Heilung.

Der vor 8 Monaten operirte Kranke, dem ausserdem noch voluminöse Carotideallymphdrüsen entfernt worden waren, zeigt bis jetzt keine Spur von Recidiv. Derselbe trägt eine Pharyngealprothese nach Gluck, die ihm das Essen und Trinken ermöglicht. Der leicht einführbare Apparat wird alle 3 Monate entfernt und gereinigt.

Broeckaert (Gent): Tic des Gaumensegels, begleitet von einem in der Entfernung vernehmbaren rhythmischen Geräusch.

Kleiner Junge von 6 Jahren, der zahlreiche (120 pro Minute) und rhythmische

Gaumensegelerhebungen darbietet. Jede dieser oscillatorischen Contractionen ist von einem Geräusch „Tac“ begleitet, das man auf 5 m Distanz wahrnehmen kann. Dieses Geräusch findet nicht während des Schlafes des Kindes statt und wird verstärkt, wenn man ihm die Nase zudrückt. Es handelt sich um eine funktionelle Störung, welche man auf Chorea zurückführen kann; das Kind zeigt übrigens noch einige andere choreatische Symptome.

Broeckaert (Gent): Serie von an Morbus Basedow durch die Thyroidectomie geheilten Kranken.

B. hat in den letzten Jahren mit Erfolg 7 wahre Strumen mit Exophthalmus operirt, wovon er 3 vorstellt, und von denen bei einem die Operation schon auf 7 Jahre zurückgeht. Die Heilung ist vollständig und definitiv. Der Exophthalmus ist verschwunden, der Puls normal und die nervösen Störungen haben aufgehört. — Solche brillanten Resultate erreiche man nur, wenn man ganz scharf die Indicationen zur Operation stelle. Man dürfe die Operation nicht machen in Fällen, wo schon Nieren- und Herzdegeneration vorhanden ist; man soll sich zu ihr nur entschliessen, wenn die innere Behandlung versagt hat. Also weder zu früh noch zu spät operiren! Die Operation bestand in der Abtragung eines der Schilddrüsenlappen mit oder ohne partielle Resection des anderen Lappens — unter Chloroformanästhesie.

Goris (Brüssel) ist der Ansicht, dass man die exophthalmischen Kröpfe gleich anfangs operiren müsse, wenn noch keine Herzdegeneration eingetreten ist; dann sei die Operation nicht gefährlicher als bei einem einfachen Kropfe.

Van den Wildenberg (Antwerpen) hat 14 exophthalmische Strumen operirt, 2 davon sind gestorben, 4 sind gebessert und 8 vollständig geheilt. Der Autor hat nur in ganz ausgesprochenen Fällen den Eingriff vorgenommen; er findet die Entfernung eines Schilddrüsenlappens ungenügend; er hat stets einen und einen halben Lappen entfernt. — Fünf von seinen Kranken wurden unter Chloroform operirt, während die 9 andern, und darunter mit die schwersten Fälle, unter Localanästhesie operirt wurden. Für die letzteren räth er den Indicationen von Kocher zu folgen und etagenweise vorzugehen. In einer ersten Sitzung macht man die Ligatur der Thyroid. super.; später unterbindet man die Thyroid. inf. etc.

De Stella (Gent) hat bei 2 Kranken mit Basedow. Glykosurie beobachtet und nachweisen können, dass in diesen Fällen die Glykosurie vom Kropfe abhing und ein Symptom des Hyperthyreoidismus bildete. Effectiv verschwand die Glykosurie vollständig nach Exstirpation des Kropfes, trotz einer sehr amylenhaltigen Kost.

Malaens (Brüssel) hatte die Gelegenheit bei einer mit Struma exophthalmica behafteten Kranken, die die Operation verweigerte, die von Huchard empfohlene innerliche Behandlung mit Chinin anzuwenden. Dieselbe bekam täglich während 2 Perioden von 3 Wochen 2 Kapseln von 50 centigr. von Chin. sulf. mit je 0,50 Antipyrin, worauf die Symptome sich wesentlich besserten.

Er citirt ferner zwei Fälle, welche mit dem galvanischen Strom gebessert wurden.

Demonstration von Instrumenten.

Buys (Brüssel): Modification des Kuhn'schen Intubationsapparates:

Wenn man die Kuhn'sche Tube einführt, ist man nicht sicher im Larynx zu sein, ehe man den Mandrin herausgezogen hat. Um diesem Umstand abzuhelfen, hat B. im Kuhn'schen Apparat den compacten Mandrin durch einen hohlen ersetzt; so vernimmt man das Trachealgeräusch sofort wenn der Apparat in den Larynx eindringt.

Referat von Delsaux: Die Nasenrachenpolypen.

Nach dem Berichterstatter begreift die allgemeine Bezeichnung „Nasenrachenpolypen" ungefähr alle Arten von Tumoren des Nasopharynx in sich und doch giebt es solche, die ausserhalb dieser Höhle entstehen und nur im Verlaufe ihrer Entwicklung dahin gelangen. Es giebt Neubildungen, welche im Schädel entstehen; andere entwickeln sich auf Kosten des vorderen Theils der Nasenschleimhaut und dringen in das Cavum ein durch eine der vielen Oeffnungen, welche von der italienischen Schule so gut studirt und beschrieben worden sind. Hahn einerseits und Gaudin andererseits haben die Tumoren dieser Art beschrieben. Es wäre daher an der Zeit, in die Nomenklatur dieser Neubildungen ein wenig Ordnung zu bringen. Eine solche Classification hätte auch noch einen anderen Nutzen: sie gäbe werthvolle Hinweise für den einzuschlagenden chirurgischen Weg für die Entfernung derartiger Tumoren. Sicherlich darf man in der That die primär endocraniellen Tumoren nicht auf dieselbe Weise angreifen, wie die einfachen fibrösen Nasenpolypen.

Was das Nachwachsen der fraglichen Polypen anbetrifft, so erinnert D. daran, dass es so häufig stattfindet, dass man diese Tumoren als „bösartige" angesehen hat.

Der Autor glaubt nicht an die wirkliche Bösartigkeit der Fibrome, fragt sich aber, ob die sogenannten recidivirenden Polypen wirklich Fibrome sind oder wahre bösartige Geschwülste. Die Frage der „Nasenrachenpolypen" bildet den Gegenstand eines Berichtes auf dem Berliner Congress. Es wäre zu hoffen, dass man bei dieser Versammlung neue Aufklärungen über dieses Gebiet der Pathologie geben wird.

Discussion:

Moure (Bordeaux) ist der Ansicht, dass man die Frage auf das Studium des fibrösen sog. Nasenrachenpolyps beschränken müsse. Diese Varietät von Tumor ist bedingt durch die anatomische Eigentümlichkeit der Gegend. Beinahe immer ist die Insertionsstelle in der Nase, in der Choane, auf der Nasenscheidewand oder in der Höhle. Im Beginn ist der Tumor solitär, aber später sendet er ein oder mehrere Ausläufer, sei es in den Pharynx, sei es seitwärts. Diese gehen Adhärenzen ein mit der Pharynxwand. Manchmal findet man auch nach dem Sinus sphenoid. hin grosse Ausläufer. Beim Abtragen derartiger Tumoren

kann man auf dem Gaumenwege zum Ziel kommen, wenn man es mit der ersten Varietät zu thun hat. Die zweite Kategorie mit Jochbein- und Schläfenkieferbein-Ausläufer verlangt ein anderes Verfahren, nämlich den Transmaxillonasalweg, welcher einen weiten Zugang zu der Insertionsstelle der Geschwulst gestattet. Im allgemeinen ist die Blutung nicht zu stark; die Tracheotomie ist meistentheils nicht notwendig.

Jacques (Nancy): Die Frage nach der wirklichen Natur der fraglichen Geschwülste scheint ihm ebenfalls die Debatte beherrschen zu sollen; er meint, dass es sich um wahre Fibrome handelt, die sich klinisch vollständig von den fibromucösen Choanalpolypen und den bösartigen Neoplasmen unterscheiden. Das Recidiv muss, wenn es sich einstellt, einer unvollständigen Exstirpation zugeschrieben werden, und wird begünstigt durch die grosse Neigung dieser Tumoren, die Nebenhöhlen zu befallen und sich darin einzuschnüren, indem sie zufällige Adhärenzen eingehen.

Goris (Brüssel) hat 5 Fälle auf natürlichem Wege operirt; manchmal ist die Blutung sehr stark und ist die Trachaeotomie und der Kuhn'sche Apparat nicht zu unterschätzen. Alles hängt von der Insertionsstelle und der Breite des Stiels ab. In letzterem Falle lässt man häufig Bänder zurück, die mehrere Tage nach der Operation noch bluten. Häufig senden die Nasenrachenpolypen Ausläufer nach verschiedenen Richtungen aus. Manche von ihnen entwickeln sich im Cavum; andere nehmen den directen Weg nach der Fossa pterygozygomatica. In diesem Falle muss man den Kiefer entfernen, sonst hat man es mit einer schweren, sehr blutigen und häufig unvollkommenen Operation zu thun.

Broeckaert (Gent): kommt auf die seinerzeit von ihm ausgesprochene Meinung zurück, die übrigens von Moure, Escat, Jacques und anderen Specialiten getheilt wird, dass die Mehrzahl der Nasenrachenfibrome sich in der Nachbarschaft des oberen Choanenbogens inserirt. Er citirt den Fall eines 17jährigen Mädchens, das einst an adenoiden Wucherungen operirt worden, und bei welchem sich gegenwärtig eine kleine fibröse, harte Geschwulst von der Grösse der Kleinfingerspitze entwickelt und die auf dem inneren Flügel der Pterygoidapophyse inserirt ist. Ueberall, wo es möglich ist, muss man diese Fibrome per vias naturales ausreissen. Im Falle von Fibromen mit Ausläufern in die Nase und Nasennebenhöhlen, ist der transmaxillonasale Weg dem Anschein nach der beste. Vom histologischen Gesichtspunkt aus handelt es sich um ein reines, sehr gefässreiches Fibrom. Die Geschwulst ist daher gutartiger Natur und recidivirt nicht, wenn sie vollständig abgetragen ist, was nur dann zu erreichen ist, wenn man sie an ihrer Insertionsstelle angreift. Das Fibrom darf nicht verwechselt werden mit dem Fibromyxom. Ebenso darf es nicht zusammengeworfen werden mit gewissen anderen Tumoren wie Cysten, Adenomen, Carcinomen, Epitheliomen, die sich im Cavum auf Kosten von Resten des primitiven Hypophysisteils entwickeln können.

Broeckaert (Gent): Ein neues Verfahren für die Exstirpation des Thränensacks mit Nasendrainage, ohne sichtbare Narbe.

Bei Fällen von chronischer Dacryocystitis und hartnäckigem Thränenträufeln

empfiehlt B. folgende Operation, die eine permanente Drainage der Thränen nach der Nasenhöhle sichert, und zwar ohne die geringste sichtbare Narbe:

1. Zeit: Spaltung des Canal. lacrymalis;
2. Zeit: Incision der Conjunctiva nach innen von der Karunkel,
3. Zeit: Eröffnung des Thränensacks durch seine äussere Wand;
4. Zeit: Abtragen der äusseren Wand des Thränensacks mit Eindrücken des Knochens; vermittelst Curette wird die Rinne des Os unguis und die innere Wand des Nasenkanals ausgegraben, so dass man eine breite und leichte Communication mit der inneren Nasenhöhle herstellt:
5. Zeit: Naht der Conjunctiva.

Toti (Florenz): Exstirpation des Thränensacks und Dacryocystorhinostomie.

Hierüber wird anderweitig speciell referirt gelegentlich der ausführlichen Mittheilung über diesen Gegenstand.

Discussion:

Buys (Brüssel): bemerkt, dass der wesentliche Unterschied zwischen dem Toti'schen und Broeckaert'schen Verfahren darin besteht, dass dieser ohne die Haut zu berühren operirt. Toti macht eine Incision, welche ihm nothwendig erscheint, den einen Theil der inneren Wand der Orbita zu entfernen. Diese Abtragung hat den Zweck, die spätere Bildung von Knochengewebe, das die Stomie verschliessen könnte, zu verhüten.

Struycken (Breda): Häufig schliesse sich in Zeit von wenigen Monaten die Communicationsöffnung mit der Nase, selbst wenn sie mit Schleimhaut ausgekleidet und der Thränensack nicht entfernt worden ist. In vielen Fällen von eitriger Rhinitis und Ozaena, bei welchen zu gleicher Zeit eine Eiterung des Thränensacks besteht, tritt eine hartnäckige Entzündung der Conjunctiva auf trotz der weiten Communicationsöffnung der Thränenwege mit der Nasenhöhle. In diesem Falle erscheint ihm die subconjunctivale Abtragung nicht ohne Gefahr.

Marbaix (Tournai): Nasenpapillom complicirt mit Stirn- und Kieferhöhlensinusitis.

Typisches Papillom aus Plattenzellenepithelien, welches bei einem 67jährigem Kranken die ganze rechte Nasenhöhle ausfüllte und den Sinus maxill. befallen hatte, begleitet von Frontomaxillarsinusiten. Radicaloperation: Frontalsinosectomie mit Entfernung des aufsteigenden Astes des Oberkiefers und der vorderen inneren Wand dieses Sinus. Heilung. Der Tumor scheint vom Siebbein ausgegangen zu sein.

Trétrôp (Antwerpen): Septische hämorrhagische Pharyngolaryngitis.

34jähr. Mann, der seit 48 Stunden nicht mehr schlucken kann, mit Respirationshinderniss und Temp. von 39,6, Puls 112, hervorgerufen durch eine hämorrhagische Entzündung des Pharynx, Larynx und auch der Trachea, mit Bronchialkatarrh und Katarrh des Nasopharynx. Mucopurulenter mit Blut vermischter Auswurf mit Streptokokken. Nach einer Woche Behandlung konnte der Kranke

aufstehen, hatte aber 2 Monate Localbehandlung nothwendig, um zu völliger Heilung zu gelangen.

Delsaux (Brüssel: Fremdkörper am Oesophaguseingang.

Einem 50jähr. Mann war eine Schnecke im Halse stecken geblieben. Tags darauf in der Frühe stellte er sich dem Autor vor, welcher das Vorhandensein eines grauen, unregelmässigen den Kehlkopf überragenden Körpers erkannte. Unmöglichkeit ein Glas Wasser zu schlucken; erstickte Stimme; Athmungsbehinderung. Entfernung des Fremdkörpers nach Cocainadrenalisation mit der Luc'schen Zange unter Controlle des Spiegels, die ziemlich schwierig war; sofortiges Aufhören aller Beschwerden. Der trompetenartige Schneckenappendix, welcher sich zuerst in den Oesophagus eingekeilt und eine Contraction desselben veranlasst hatte, so dass der Schneckenkörper nicht weiter befördert werden konnte, war es, der die Deglutition verhinderte. Vorzeigen des Fremdkörpers. Bayer.

---

c) 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe.

XXVI. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten combinirt mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.

Wie wir erfahren, erwies sich die Combination beider Abtheilungen als nothwendig, weil — wohl infolge des kurz vorher in Berlin abgehaltenen Internationalen Congresses — der Besuch der laryngologischen Section ein sehr schwacher war. F.

Die Section wurde durch M. Seeligmann (Karlsruhe) eröffnet, der die Anwesenden im Namen der Karlsruher Aerzte herzlich willkommen hiess und ihnen für ihr Erscheinen dankte. Alsdann wurde zur Wahl des Vorsitzenden geschritten, die auf H. Gutzmann (Berlin) fiel.

I. Sitzung: Montag, 25. September 1911.

Vorsitzender: H. Gutzmann (Berlin).

Vorträge: H. Gutzmann (Berlin): Ueber die Klangwirkung des Obturators bei Gaumenspalten.

Die Untersuchungen wurden in der Weise angestellt, dass ein und derselbe Vocal auf gleicher Tonhöhe (c = 128 Schw.) zunächst ohne Obturator, sodann mit Obturator gesungen und die entstehende Klangcurve photographirt wurde. Dann wurde die Fourrier-Analyse der Klangcurve vorgenommen. Es zeigte sich, dass überall, wo das Ohr stark Klangunterschiede wahrnahm, diese auch in der Klanganalyse durch Verschiebung der Obertonintensität sich nachweisen lassen. Durch Uebung lässt sich der Pflock verkleinern, auch hier lässt sich dann objektiv nachweisen, dass die Klangwirkung des kleineren Obturators der des grösseren allmählich gleichkommt. Von besonderer Bedeutung sind diese Untersuchungen nicht nur für die Beurteilung des Obturators, sondern auch für die Kenntniss von der Resonanz des Nasenrachens.

Discussion:

R. Schilling (Freiburg) fragt an, ob sich bei den klanganalytischen Untersuchungen über Deckung des Gesangstones feststellen lässt, ob dabei eine Vermehrung oder Verminderung der nasalen Beiklänge vorkommt, da Sch. bei seinen Untersuchungen über Deckung gefunden hat, dass ausser Hebung der Epiglottis und Senkung des Kehlkopfes in manchen Fällen auch eine Hebung des Gaumensegels stattgefunden hat.

Gutzmann (Berlin) (Schlusswort): Die Frage des Herrn Collegen lässt sich nicht direct beantworten, zumal der Begriff „Deckung" auch von den Sängern manchmal noch so definirt wird, dass dabei der Nasenrachenraum zum Mitresoniren gelangt. Mit Pielke habe ich dies nicht constatiren können. Die sonstigen Resultate stimmen ja mit dem, was von Schilling gesagt wurde, gut überein, besonders der Umstand, dass die Epiglottis sich bei der „Deckung" aufrichtet.

L. Kander (Karlsruhe): Kosmetische Nasenoperationen.

Vortragender berichtet über verschiedene Fälle von kosmetischen Nasenoperationen. In dem ersten Falle handelte es sich um ganz enorme Deformitäten beider Nasalia. Sie bildeten einen starken Höcker, das linke Nasale hatte durch Callusbildung den Nasenrücken ausserdem verbreitert. Nach Resection einer noch vorhandenen Deviatio septi wurde in Narkose die kosmetische Operation mit Meissel und Knochenzange ausgeführt subcutan, ausgehend von einem Schnitt an der Grenze vom Vestibulum nasi und Apertura piriformis. Nach 14 Tagen erfolgte Heilung mit gutem kosmetischem Effect.

Im zweiten Fall wurde eine kosmetische Operation ausgeführt bei einem durch scharfkantige Auswüchse beider Nasalia entstandenen platten Nasenrücken. Auch hier wurden subcutan die beiden Kanten der Nasalia abgemeisselt. Nach 8 Tagen Heilung mit schönem kosmetischem Resultat.

Ausserdem demonstrirt der Vortragende zwei durch Paraffininjection corrigirte Sattelnasen.

Discussion:

M. Scheier (Berlin): Ich selbst habe keine Erfahrung über die kosmetischen Operationen an der äusseren Nase und habe ich mich bis jetzt damit niemals practisch beschäftigt. Doch möchte ich den Vortragenden fragen, ob es nicht mit einer gewissen Gefahr verbunden ist, mit dem Meissel zu arbeiten, wegen eventueller Beschädigung der Haut, denn andere Chirurgen entfernen den Knochenhöcker mit der Säge.

H. Werner (Mannheim) empfiehlt die Operation in Localanästhesie vorzunehmen, wodurch die Blutung wesentlich geringer wird. Anstatt Photographie der verunstalteten plus corrigirten Nase, räth er Gipsabgüsse vor und nach der Operation zu machen und besonders bei Nasenspitzenhebung eine Profilschablone vorher sich herzustellen, um bei der Operation genau zu wissen, wieviel entfernt werden muss.

L. Kander (Karlsruhe) (Schlusswort): Ich halte die Narkose für zweckmässiger, da man sicherer und schneller arbeitet, als in Localanästhesie.

J. Appert (Karlsruhe): Zur Tonsillotomie; die Nachblutungen; die Entbehrlichkeit der Widerhaken am Mathieu'schen Tonsillotom.

Vortragender bespricht die Indicationen und die Technik der Tonsillotomie. Neben der Behinderung der Athmung und des Schluckens hebt Appert die Thatsache hervor, dass hyperplastische Mandeln sehr häufig Speisetheile in die vergrösserten Lacunen aufnehmen, oder auch während des Schluckactes in die Nischen unter den Gaumenbögen ablenken, wo sie, zurückgehalten, dieselbe verhängnissvolle Rolle spielen können, wie unverdauliche Speisetheile im Wurmfortsatz sie spielen. Sie führen sehr häufig zur Ulceration, zur progressiven örtlichen Entzündung des Zellgewebes und der Lymphdrüsen, sogar zur allgemeinen pyämischen Infection, zur Pleuritis, Pericarditis, Endocarditis, namentlich zum acuten Gelenkrheumatismus. Die Exstirpation der Mandeln anlangend, empfiehlt Appert auf Grund eigener Erfahrungen die Operation möglichst ausserhalb des Stadiums der frischen Entzündung vorzunehmen wegen der grösseren Blutung und wegen der Nachblutungen. Unter den Instrumenten zur Mandeloperation giebt Appert dem Tonsillotom von Fahnenstock-Mathieu entschieden den Vorzug, zumal in der Kinderpraxis wegen der grösseren Raschheit und Sicherheit, mit welcher die Operation vollzogen werden kann. Appert benützt aber lediglich Tonsillotome ohne Widerhaken. Er erklärt die Widerhaken für durchaus entbehrlich. Dagegen lasse sich die Operation mit dem Tonsillotom ohne Widerhaken entschieden gründlicher vollziehen, da die Befürchtung der nicht seltenen Anhakung des weichen Gaumens wegfalle. Wo grössere Blutung zu befürchten ist, wählt Appert zur Operation die galvanokaustische Schlinge.

Discussion:

J. Halbeis (Salzburg) berichtet über zwei Fälle von gefährlicher Blutung nach Tonsillotomie, in welchen er die Gaumennaht mittelst Michel'scher Klammern mit sofortigem Erfolge angewandt hat. Die Anwendung dieser Methode kann er nur auf das Allerangelegentlichste empfehlen. Nur bezüglich der Entfernung der Klammern empfiehlt es sich, der Achse der Pincette eine gebogene Form zu geben, um bei der jeweiligen Lage der Tonsille sowie bei kleinerem Munde eine grössere Excursionsfähigkeit zu gewinnen.

W. Kümmel (Heidelberg) empfiehlt bei Mandelbuchten, die man etwa nicht operativ dauernd ausschälen kann, Einspritzung einiger Tropfen 10prozentigen Jodoformglycerins in die Buchten.

A. Thost (Hamburg): empfiehlt Pyoctanin als Desinficiens bei beginnender folliculärer Entzündung der Tonsillen. Der Schmerz sistirt sofort, und oft wird eine Entzündung dadurch coupirt. Für die Tonsillotomie empfiehlt er als Idealinstrument das Makenzie'sche Tonsillotom, das sicher in der Hand liegt und glatt schneidet. Zur Entfernung von Tonsillentaschen verwendet er nach dem Schlitzen zum Abtragen der Reste ein dem Hartmann'schen nachgebildetes Instrument mit dreieckiger Form.

Fr. Siebenmann (Basel): empfiehlt gegen die Tonsillitis prophylaktisch im Beginn der Entzündung Ausspülung der Taschen. Ein radicales Mittel ist die Tonsillectomie, oder vielmehr die Ausschälung des gesammten Tonsillen-

gewebes. Für die Ausspülung empfiehlt S. seine für die Oberkieferhöhlen angegebenen stumpfen Canülen („Universalcanüle“) mit kleinem Lumen und seitlicher Oeffnung an der Schnabelspitze. Bei der radicalen Entfernung ist namentlich darauf zu achten, dass auch der obere Pol der gewöhnlich nicht oder wenig aus der Nische hervorragenden Mandel kräftig herangezogen und gründlich entfernt wird, denn es handelt sich ja gewöhnlich bei der Peritonsillitis um Abscesse, welche im vorderen Gaumenbogen sitzen und ihren Ausgang von der Tasche nehmen, welche von der oberen Partie der Tonsille und des vorderen Gaumenbogens gebildet wird. Aufmerksam möchte ich Sie auch auf die Pyorrhoe der Nischen und Taschen machen, welche in ätiologischer Beziehung ebenso wichtig ist als die Mandelpfröpfe.

H. Werner (Mannheim): erinnert an das Mikulicz-Kompressorium bei Blutung; es hat vor den Klammern den Vorzug, dass es auch bei weit auseinanderstehenden Gaumenbögen rasch angelegt werden kann, und dass sich kein Hämatom hinter den Klammern bilden kann. Ausserdem ist das Abnehmen der Klammern manchmal schwierig.

A. Thost (Hamburg): empfiehlt zur Blutstillung nach Tonsillectomie einfach Compression mit Wattebausch und Pinzette oder dem Mikulicz'schen Instrument oder die Galvanokaustik, die ihn fast immer zum Ziele führte.

W. Kümmel (Heidelberg): Einige Ergebnisse der Taubstummenforschung in Baden.

Durch das Entgegenkommen des Oberschulraths ist es möglich geworden, seit 1902 regelmässig alle Zöglinge der verschiedenen Taubstummenanstalten zu untersuchen und dadurch eine Uebersicht über sämmtliche Taubstumme des Landes im Alter von 8 bis 25 Jahren etwa zu gewinnen, nachdem seit 1902 in Baden die allgemeine Schulpflicht vom 8. bis 15. Lebensjahre auch für Taubstumme eingeführt ist. Diese Altersklassen sind nach der Reichstatistik allerdings nur etwa $^1/_6$ der gesamten Taubstummenbevölkerung. Für die 439 untersuchten Zöglinge ergab sich, dass sie ziemlich ungleichmässig verteilt sind. Es entfallen etwa 2,45 davon auf je 10 000 Einwohner. In 19 Amtsbezirken ist dieser Durchschnitt erreicht und überschritten, nur in einem davon durch Vermehrung der Taubgewordenen, in sämmtlichen anderen sind die Taubgeborenen stärker an dieser Vermehrung betheiligt. Die Bezirke mit Vermehrung der Taubgeborenen über den Durchschnitt liegen grösstentheils südlich der Murg, und die meisten im hohen Schwarzwald, aber nicht alle. Ein Parallelgehen mit der Häufigkeit des Kropfes lässt sich nicht constatiren. In den Bezirken nördlich der Murg ist auffallend die starke Betheiligung der Meningitis an der Entstehung der Taubstummheit. In dem Dorfe Dossenheim, nördlich von Heidelberg, entfallen z. B. 19,8 Meningitistaube auf 10 000 Einwohner. Danach besteht also noch dauernd eine endemische Meningitis im nördlichen Baden, vor allem in den Bezirken der Rheinebene. Dies ist medizinal-polizeilich sehr zu beachten. Bei Untersuchungen mit der Wassermann'schen Reaction, die bei 253 Zöglingen angestellt wurden, erwiesen sich 15 Fälle als sicher syphilitisch, ein weit höherer Procentsatz, als man nach den bisherigen Statistiken annehmen durfte. Ein deutlicher Einfluss der Syphilis

auf die familiäre Taubstummheit liess sich bei 20 wenigstens theilweise geprüften Geschwisterpaaren bzw. Kleeblättern nicht nachweisen.

R. Schilling (Freiburg): Demonstration zur isochromen Tonmassage.

Vortragender demonstrirt den von ihm construirten Apparat zur isochromen elektromechanischen Tonmassage, einer Behandlung, die von Flatau eingeführt ist, und die Sch. in etwas anderer Weise zur Ausführung gebracht hat wie Flatau. Er verwendet ein Frictionssystem, welches die Motorumdrehungen in zwei- bis zehnfacher Weise vervielfältigt durch Verschiebung einer kleinen Scheibe, die senkrecht auf einer grösseren, mit der Motorachse direct verbundenen, rotirt. Die nähere Beschreibung dieses Apparates findet sich in der „Stimme" V. 8. Diese Therapie hat ihm besonders in Fällen von Intonationsstörungen und Defecten innerhalb des Tonumfanges gute Dienste geleistet.

Fr. Siebenmann (Basel): Experimenteller und histologischer Nachweis der Irrelevanz der Knochenleitung bei der Entstehung des acustischen Trauma.

II. Sitzung: Dienstag, 28. September 1911.

Vorsitzender: W. Kümmel (Heidelberg).

Vorträge: O. Mayer (Wien): Zur Kenntniss der Entstehung subjectiver Ohrgeräusche.

M. Scheier (Berlin); Zur Verwerthung der Röntgenstrahlen für die Physiologie des Schluckaktes (mit Projection).

Bald nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen hat Sch. die X-Strahlen als eine neue Untersuchungsmethode für die Erforschung des Schluckmechanismus angewendet, als es ihm gelang, das Gaumensegel bei der seitlichen Durchleuchtung auf dem Fluorescenzschirm wahrzunehmen und dessen Bewegungen beim Sprechen und Schlingen genau zu verfolgen. Da nun der einzelne Schluckact ungeheuer schnell vor sich geht, so war es ihm bei seinen früheren Arbeiten nicht möglich, den Schluckvorgang photographisch mittelst Röntgenstrahlen aufzunehmen. Dazu dauert die Exposition viel zu lange. Brauchte er doch bei Beginn seiner Untersuchungen für die Aufnahme des Kopfes 10 bis 15 Minuten, und vor 3 Jahren immerhin 25 bis 50 Sekunden. Infolge der schnell vorwärts schreitenden Röntgentechnik ist es jetzt möglich, die Exposition ganz bedeutend auf ein Minimum abzukürzen. Bei einer Exposition von $^1/_{10}$ Sekunde konnte er den Schlingact nicht photographiren. Während dieser Zeit hatten sich die Organe zu sehr bewegt. Der Bissen, der als Oblate mit 0,2 Bismut. carbonic. oder als Kartoffelpüree mit etwas Wismut vermischt gegeben wird, war schon längst in der Speiseröhre. Erst als er auf $^1/_{100}$ Sekunde herabgehen konnte, da bekam er gute scharfe Negative. Ja, in den letzten Monaten konnte er sogar bei einer Exposition von $^1/_{200}$ Sekunde gute Aufnahmen vom Schluckacte bekommen. Es gelang ihm hierdurch, den Bissen auf dem Wege von der Mundhöhle bis in die Speiseröhre, den er wie ein Blitz durchfliegt, noch abzufangen und ihn auf die photo-

graphische Platte zu bekommen. Vortragender geht ausführlich auf die Schwierigkeiten bei der Aufnahme ein. Schaltet man nun einmal den Röntgenapparat in dem Augenblick ein, wo der Kehlkopf beim Schlucken gerade sich anschickt, nach oben zu gehen, dann wieder, wo er schon etwas höher gegangen ist, dann, wo er seine höchste Höhe erreicht hat, und schliesslich in dem Moment, wo er wieder herabsteigt, so bekommt man auf diese Weise eine Serie von Aufnahmen, auf denen der Bissen sich an verschiedenen Punkten seiner Bahn befindet.

An einer solchen Reihe von Diapositiven demonstrirt er den genauen Verlauf des Schluckactes, wie die Lage der einzelnen Organe, die beim Schlucken in Action treten, in den einzelnen Phasen sich verhält. Er bespricht eingehend die Stellung des Gaumensegels, der Zunge, des Zungenbeins, Kehldeckels, Kehlkopfs und der Speiseröhre. Die Analyse des Schluckmechanismus ist eine der schwierigsten Probleme, wie schon Heller gesagt hat. Trotz zahlreicher bedeutender Arbeiten der verschiedensten Autoren sind viele Fragen über den Schluckvorgang noch nicht geklärt. Sie lassen sich sicherlich besser, objectiver und schneller durch die Röntgenuntersuchung beantworten, als mit den bisherigen Untersuchungsmethoden. Das Röntgenverfahren wird natürlich die alten Methoden der Untersuchung niemals verdrängen, sondern nur ergänzen.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) hat den Eindruck, als wenn in den gezeigten Röntgenaufnahmen der Bissen im Moment, wo er am Kehlkopf entlang passiert, schärfer conturirt wird. Demnach wäre vielleicht die Annahme gerechtfertigt, dass der Bissen in diesem Moment der Platte näher tritt, also wohl durch den Sinus piriformis passirt.

Gutzmann (Berlin): Die Färbung des Schluckwegs mit Methylenblau zeigt ebenfalls, dass der Kehldeckel sich über den Kehlkopfeingang legt. Die Formveränderung braucht nicht durch die Schwere des Bissens verursacht zu sein. Auch Muskelwirkung kommt in Betracht.

W. Kümmel (Heidelberg): Ein Flüssigkeitsstrom, der durch den Pharynx passirt, muss in dem Moment, wo er an die Epiglottis kommt, sich theilen und nothwendig durch den Sinus piriformis passiren. Wie weit das für feste Bissen zutrifft, ist fraglich. Klinische Erfahrungen an Patienten mit Defecten der Epiglottis und am Sinus piriformis sprechen auch in diesem Sinne.

D. J. Appert (Karlsruhe): Vorstellung von Patienten mit künstlichen Trommelfellen aus Borsäurelint.

R. Schilling (Freiburg): Demonstration eines Modells zur Orientirung der Bogengangslage.

E. Huber (Karlsruhe).

III. Briefkasten.

Internationale Sammelforschung betreffend die Ozaena.

Wie wir in voriger Nummer berichteten, ist auf dem III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress auf Anregung A. Alexander's-Berlin beschlossen worden, eine internationale Sammelforschung über die Ozaena zu veranstalten. Das dort eingesetzte vorbereitende Comité, das aus den Herren Alexander, Grabower und Rosenberg besteht, ist, wie wir hören, eifrig bei der Arbeit und wird demnächst einen Entwurf eines Fragebogens veröffentlichen.

Alle die Sammelforschung betreffenden Veröffentlichungen werden im Centralblatt erfolgen; wir sind sehr gern bereit, alle uns zugehenden auf diesen Gegenstand bezüglichen Mitteilungen, Anregungen, Anfragen etc. an dieser Stelle zu publiciren.

Nachfolgend geben wir zunächst die Denkschrift wieder, die Alexander den Mitgliedern des III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses überreicht hat.

Aufforderung zur Einleitung einer die Ozaena betreffenden internationalen Sammelforschung.

Von Prof. Dr. Arthur Alexander (Berlin).

Die Ozaena ist uns trotz der vielen mühevollen Arbeiten hervorragender Forscher bis zum heutigen Tage eine räthselhafte Krankheit geblieben.

Zahlreiche Hypothesen haben, statt aufklärend zu wirken, zu einer Begriffsverwirrung geführt, welche einer zielbewussten Forschung überaus hinderlich ist.

Immer deutlicher stellt es sich heraus, dass uns ein sicheres Fundament fehlt, dass erst gewisse Grundfragen gelöst werden müssen, bevor wir an die weitere Bearbeitung dieses schwierigen Gegenstandes herantreten dürfen.

Unsere zahlreichen bakteriologischen Forschungen schweben völlig in der Luft, so lange nicht zuvor die Infectiosität der Ozaena erwiesen ist.

Die vielen geistvollen Bemühungen, den Charakter der Ozaena als den einer vererbbaren Constitutionskrankheit darzustellen, bleiben gegenstandslos, so lange nicht die Vererbbarkeit der Ozaena sichergestellt ist.

Infectiös oder hereditär? Die Forscherarbeit im Laboratorium hat bisher bei der Entscheidung dieser Frage versagt, aber auch die klinische Beobachtung der einzelnen Patienten vermochte uns keine verwerthbaren Anhaltspunkte zu geben.

Nicht am einzelnen Patienten, sondern nur an der Gesammtheit derselben lässt sich eine derartig umfassende Frage entscheiden. Die Ozaena als Volkskrankheit muss den Gegenstand unseres Studiums bilden.

Ist die Ozaena im Volke und unter den Völkern so verbreitet, dass sie diesen Namen verdient?

Zu einer einwandfreien Beantwortung dieser Frage fehlt uns heute so gut wie jeder Anhaltspunkt. Welch ein schwerwiegender Irrthum, wenn wir die diesbezüglichen Zahlen unserer poliklinischen Journale hierfür verwerthen wollten! Welche Verlegenheit, wenn wir uns über die unter den Völkern bestehenden numerischen Differenzen aussprechen sollten!

Die Frage nach der Häufigkeit der Ozaena kann zuverlässig nur durch eine nach einheitlichen Gesichtspunkten ausgeführte internationale Sammelforschung beantwortet werden.

Direct und indirect vermag uns eine solche wichtige Aufschlüsse zu bieten.

Direct nicht nur die Wucht der gewonnenen Zahlen, welche ihre eigene Sprache reden werden, sondern auch bei richtiger Fragestellung darüber hinaus



durch Klarstellung gewisser Verhältnisse, die unser Urtheil über den wahren Charakter der Erkrankung beeinflussen können.

Giebt es Länder, oder in einzelnen Ländern regionäre Bezirke, in denen die Ozaena garnicht vorkommt? Lassen sich gewisse Centren feststellen, von denen aus die Erkrankung sich ausbreitet? Haben gewisse Völkerrassen besonders unter der Erkrankung zu leiden? Sind klimatische Verhältnisse, volkshygienische Gesichtspunkte und dergleichen mehr für die Verbreitung der Krankheit oder auch nur für die Intensität, mit welcher sie in die Erscheinung tritt, verantwortlich zu machen? Ist die Ozaena, wie dies behauptet worden ist, in Kropfgebieten besonders häufig; in allen oder nur in einzelnen derselben? Diese und ähnliche Fragen, welche in der Literatur bisher nur ganz flüchtig gestreift wurden, werden eine zuverlässliche Beantwortung finden.

Indirect bietet uns eine derartige Sammelforschung Nutzen durch Vergleich der aus ihr gewonnenen Resultate mit bereits vorliegenden Ergebnissen anderer Statistiken.

Die höchst sorgfältigen statistischen Erhebungen über den Kropf, seine Verbreitung und seine Beziehungen zum Cretinismus werden uns auch die Frage nach den eventuellen Beziehungen zwischen Kropf und Ozaena beleuchten und vielleicht zu Eragestellungen führen, die sich als bedeutungsvoll für unsere Auffassung vom Wesen der Ozaena erweisen könnten. — Die vorliegenden Statistiken über die Verbreitung der Syphilis fordern zu der Frage heraus, ob es in syphilisfreien Ländern auch keine Ozaena giebt, eine Frage, deren Beantwortung den alten Streit über die ätiologischen Beziehungen zwischen Ozaena und Syphilis entscheiden könnte. — Auch über die Beziehungen der Ozaena zur Tuberculose, zu den Infectionskrankheiten des Kindesalters, zu den Nasennebenhöhlenerkrankungen könnten derartige statistische Vergleiche bemerkenswerthe Auskunft geben.

Das uns durch die Sammelforschung zuströmende Material bietet zugleich die Möglichkeit, in objectivster Weise Untersuchungen über die hereditäre Verbreitung der Krankheit anzustellen und zwar zweckmässiger, als dies bisher in der Litteratur zu geschehen pflegte.

Der Nachweis einer familiären Anhäufung der Ozaenafälle ist noch lange kein Beweis für das Vorliegen hereditärer Verhältnisse.

Eine gewisse Gesetzmässigkeit in der Vererbung, etwa anklingend an die ausgesprochenen diesbezüglichen Verhältnisse bei der Hämophilie, der Farben- und Nachtblindheit; — Patienten, welche an Ozaena erkranken, ohne mit anderen ozaenakranken Angehörigen jemals in Berührung gekommen zu sein; — eigenartige Vertheilung der Ozaenafälle innerhalb einer Familie; — Verschontbleiben gesunder Kinder trotz steten Zusammenlebens mit ozaenösen Stiefgeschwistern; — das sind beispielsweise Stützen eines vollgültigen Hereditätsnachweises. Derartige Fälle kann ein Jeder wohl gelegentlich einmal zufällig beobachten. In grösserer beweiskräftiger Anzahl kann sie uns aber nur eine Sammelforschung liefern.

Will man dem Hereditätsproblem in der Ozaenafrage nachgehen, so muss man von jedem Ozaenapatienten eine Familientafel anzufertigen versuchen.

Solche sind zurzeit kaum jemals in einwandsfreier Weise ausführbar, da die einzelnen Familienmitglieder meist weit zerstreut, oft sogar in verschiedenen Ländern wohnen. Eine sorgfältig organisirte Sammelforschung dürfte es ermöglichen, ausserhalb wohnende Familienmitglieder von den Aerzten ihres Wohnortes untersuchen zu lassen und so, wenigstens in wichtigen Fällen, vollständige, beweiskräftige Familientafeln zu erhalten.

Auf diese grundlegenden Fragen: „Vorkommen, Häufigkeit, Heredität resp. Infection“ soll und muss sich die Sammelforschung beschränken. Fragen anderer Art, speciell solche, welche der Einzelne an einem kleinen Material hinlänglich zu bearbeiten vermag, oder Fragen, deren Beant-

wortung grössere specialistische Kenntnisse voraussetzt, müssen durchaus vermieden werden.

Während somit die Sammelforschung einerseits vorhandene und als solche erkannte Lücken auszufüllen und eine Grundlage für weitere Arbeiten auf dem Gebiete der Ozaena zu schaffen vermag, soll sie andererseits die Aufmerksamkeit weiterer ärztlicher Kreise auf dies stark vernachlässigte Stiefkind der Pathologie lenken.

Es giebt Fragen in der Ozaenaforschung, welche der Rhinologe an dem ihm zur Verfügung stehenden Material kaum zu studiren vermag. Auf zwei Gruppen derselben sei hier in Kürze hingewiesen.

Die eine Gruppe betrifft die Pathologie der Ozaena in den ersten Lebensjahren. Kommt die Ozaena angeboren vor? Unter welchen Symptomen tritt sie in den ersten Lebensjahren in die Erscheinung? Was wird aus den congenital luetisch resp. gonorrhoisch erkrankten Nasen in den späteren Lebensjahren? Diese und ähnliche Fragen vermag ein Jeder mit der nötigen Geduld schon an einem kleinen Material zu beantworten, vorausgesetzt, dass ihm ein solches zur Verfügung steht. Dieses zu verschaffen, die im Besitze desselben befindlichen Herren, in erster Linie also die praktischen Aerzte und die Kinderärzte, für unsere Wünsche zu interessiren, dürfte der Sammelforschung und den bei ihrer Organisation thätigen Kräften wohl unschwer gelingen.

Die zweite Gruppe betrifft die pathologische Anatomie der Erkrankung. Hier liegt noch alles im Argen. Die Seltenheit der bei den Sectionen zur Beobachtung gelangenden Ozaenafälle, die Unzuverlässigkeit der an der Leiche gestellten Ozaenadiagnose, welche nachweisbar zu zahlreichen Fehlschlüssen geführt hat, die Mangelhaftigkeit des grössten Theils der bisher veröffentlichten Sectionsprotokolle sind an unserer Unkenntnis schuld. Wir müssen die zur Section gelangenden Fälle während des Lebens gesehen und beobachtet haben, die Anamnese kennen und in der Lage sein, den in vivo erhobenen Befund an den oberen Luftwegen mit dem Sectionsbefund zu vergleichen und durch diesen zu ergänzen. Die Krankenhäuser und ganz besonders die Siechenhäuser dürften uns, wenn die Aufmerksamkeit ihrer klinischen Leiter auf die Wichtigkeit der hier zu entscheidenden Fragen gelenkt ist, das geeignete Material bald in hinreichender Menge bieten. Gleichzeitig ist aber auch das Interesse des Obducenten erforderlich, damit die Section in einer unseren Zwecken förderlichen Weise ausgeführt werden kann. Die Ausarbeitung eines Entwurfs zu einem alle Streitfragen soweit wie möglich berücksichtigenden Sectionsprotokoll könnte bei der Organisation der Sammelforschung mit ins Auge gefasst werden.

Die Ozaena ist eine Erkrankung des jugendlichen Alters. In den Schulen, Waisenhäusern, beim Militär werden wir daher das wesentliche Material beisammen finden. Aber auch die Säuglingsheime, Kranken- und Siechenhäuser, die Lungenheilstätten und dergl. dürften unseren Zwecken dienstbar gemacht werden können. Es wird der Erlaubniss so mancher Behörde bedürfen, um die nothwendigen Untersuchungen ausführen zu können. Diese Erlaubniss sowie die erforderliche Mithilfe dre einzelnen in Frage kommenden Factoren wird in allen Ländern um so leichter zu erlangen sein, wenn das Votum einer so ansehnlichen Versammlung von Fachgelehrten, wie sie der III. internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in Berlin hier zusammengeführt hat, hinter der Sache steht. Aus diesem Grunde lege ich meinen Antrag diesem internationalen Congress, als der für die Beurtheilung der Zweckmässigkeit einer solchen Sammelforschung sachverständigsten Versammlung, vor und hoffe auf eine dem Plane förderliche möglichst allgemeine Zustimmung.

Bernhard Fränkel's 75. Geburtstag.

Am 17. November feiert B. Fränkel seinen 75. Geburtstag. Wir wünschen dem ehrwürdigen Altmeister der deutschen Laryngologen, dass es ihm vergönnt sein möge, in derselben Frische und Rüstigkeit, die wir noch jüngst bei Gelegenheit des III. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses an ihm bewundern konnten, noch einen langen und gesegneten Lebensabend zu geniessen zur Freude seiner zahlreichen Freunde, Verehrer und Schüler und zum Wohl unserer Wissenschaft.

F.

Personalnachrichten.

Am 1. August starb im Alter von 42 Jahren T. G. Ouston, ein bekannter englischer Laryngologe. Er war Arzt des Newcastle Throat and Ear Hospital.

In Florenz starb Giovanni Ostino, Professor der Oto-Laryngologie an der R. Scuola di Sanità militare daselbst.

Druckfehlerberichtigung: In Heft X, No. 34 muss der Name des Autors E. Pólya anstatt Polyak lauten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVII. Berlin, December. 1911. No. 12.

I. Bernhard Fränkel †.

In der vorigen Nummer dieses Blattes hatten wir unseren Lesern mitgetheilt, dass am 17. November Bernhard Fränkel seinen 75. Geburtstag feiern würde und wir hatten an diese Mittheilung den Wunsch geknüpft, dass ihm ein langer und gesegneter Lebensabend beschieden sein möchte. Nun hat der Tod alle Wünsche zu nichte gemacht. Noch vor dem Eintritt in das neue Lebensjahr ist Bernhard Fränkel dahingegangen und an seinem Geburtstage deckte ihn bereits der Rasen.

Schon seit längerer Zeit war seine Gesundheit recht schwankend geworden; stenocardische Anfälle, oft schwerster Art mit Lungenödem, zeugten davon, dass mit der seit langem constatirten Arteriosklerose nun auch eine zunehmende Degeneration des Herzens einherging. Zwar kamen lange Perioden relativen Wohlbefindens, in denen er fast der Alte an Frische, Arbeitsfreudigkeit und Lebensmuth schien; aber sie konnten den erfahrenen Arzt nicht darüber täuschen, dass die Tage seines Erdenwallens gezählt waren. Bald schon, nachdem er mit einer allgemeine Bewunderung erregenden Rüstigkeit und Ausdauer den III. Internationalen Laryngo-Rhinologencongress als Vorsitzender geleitet und damit seinem öffentlichen Wirken im Dienste der Laryngologie einen würdigen Abschluss gegeben hatte, klopfte die mahnende Hand des Todes wieder eindringlicher denn je

an seine Pforte. In der Nacht zum 12. November erlag er, nachdem er am Abend vorher noch mit seinem zufällig in Berlin weilenden Freunde Sir Felix Semon heiter geplaudert und seiner Gewohnheit gemäss sich im Bett hatte vorlesen lassen, wenige Minuten nach Mitternacht einem Anfall von Angina pectoris mit Lungenödem. Es war das Ende, das er seit langem geahnt und wie er es sich stets gewünscht hatte.

Bernhard Fränkel wurde am 17. November 1836 als Sohn eines practischen Arztes zu Elberfeld geboren. Seine Studienjahre verbrachte er in Würzberg und Berlin; er hatte das Glück, Männer wie Joh. Müller. Traube, Virchow, Langenbeck seine Lehrer nennen zu dürfen. Im Jahre 1860 bestand er das ärztliche Staatsexamen und liess sich als practischer Arzt in einem dichtbevölkerten, zumeist von kleinen Leuten bewohnten Stadttheil Berlins nieder. Durch die Kriege 1864, 1866 und 1870 erlitt seine Thätigkeit eine Unterbrechung; er musste dem Rufe des Vaterlandes folgen und das Sprechzimmer mit dem Feldlazarett vertauschen. Unmittelbar, nachdem er aus dem deutsch-französischen Krieg, mit dem eisernen Kreuz geschmückt, zurückgekehrt war, habilitirte er sich bei der Berliner Medicinischen Facultät als Privatdocent und noch in demselben Jahre finden wir ihn als dirigirenden Arzt am Augusta-Hospital, in welcher Stellung er bis zum Jahre 1875 verblieb.

In die Zeit von Fränkel's Niederlassung fallen die ersten Anfänge der klinischen Laryngologie. Es war die Zeit, da Türck und Czermak mit wahrem Feuereifer den Aufbau der jungen Wissenschaft betrieben, da besonders Czermak auf seinen Vortragsreisen, deren eine ihn auch nach Berlin führte, unermüdlich dahin wirkte, den Gebrauch des Laryngoskops unter den Aerzten zu verbreiten. Fränkel, der schon als vielbeschäftigter Armenarzt im Norden Berlins sein wissenschaftliches Streben dadurch bekundet hatte, dass er eine Anzahl von Beobachtungen und Mittheilungen aus der Praxis veröffentlichte, erkannte in der Laryngologie ein medicinisches Neuland, auf dem seinem rührigen Geist ein weites noch der Bebauung harrendes Feld zur Bethätigung winkte. Anfangs der 70er Jahre finden wir die ersten Mittheilungen aus seiner Feder, die sich auf das Gebiet beziehen, dem von da an seine Lebensarbeit gewidmet sein sollte und die hauptsächlich Fragen der Untersuchungstechnik, besonders deren physikalische Grundlagen, behandeln. Auch die Beschreibung jener von ihm als eine Pilzerkrankung aufgefassten und daher als Mycosis benigna bezeichneten Rachenaffection fällt in die Anfangszeit seiner laryngologischen Thätigkeit. Vor ein grösseres Forum seiner Fachgenossen trat Fränkel zuerst als Referent über die Ozaena auf dem Internationalen Medicinischen Congress in London 1881. Bereits in seiner 1876 erschienenen Bearbeitung der Nasenkrankheiten für Ziemssen's Handbuch, dem ersten in deutscher

Sprache erschienenen Lehrbuch der Rhinologie, hatte er seiner neuen Auffassung über das Wesen jener Krankheit präcisen Ausdruck verliehen. Fränkel's Verdienst ist es, aus einem ungeordneten Wust unter dem Namen Ozaena zusammengeworfener Krankheitszustände jenes wohlumschriebene Krankheitsbild, das wir seitdem unter diesem Begriff verstehen, herausgehoben und die Atrophie als sein hauptsächlichstes Merkmal erkannt zu haben. Als er ein Vierteljahrhundert später in einer zur Feier seines 70. Geburtstages veranstalteten Festsitzung der Berliner Laryngologischen Gesellschaft den Vortrag des Abends hielt, wählte er zu dessen Gegenstand sein altes Lieblingsthema, die Ozaena.

Unter den in der Folge erschienenen Arbeiten nehmen diejenigen einen breiten Raum ein, die sich mit der feineren Anatomie des Kehlkopfs beschäftigen; die Kenntnisse von dem Vorkommen der Stimmbanddrüsen, von der Leistenbildung an den Stimmlippen, von der feineren Structur des Morgagnischen Ventrikels verdanken wir Fränkel's sorgfältigen histologischen Studien. Fränkel war es auch, der in einem vor der Berliner Medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag zuerst klar und präcise zum Ausdruck brachte, dass die Entstehung des Asthmas von der Nase aus und seine therapeutische Beeinflussung durch intranasale Eingriffe nur auf nervöser Grundlage beruhen könne, dass es ein abnormer Erregungszustand des Nervensystems sei, dem die entscheidende Rolle dabei zukommt. Er ist so der Mitbegründer der Lehre von den nasalen Reflexneurosen geworden, die in den darauf folgenden Decennien der Rhinologie ihr Gepräge verlieh und an deren Ausbau er durch eine Reihe weiterer Arbeiten mitwirkte. Es giebt kaum ein Gebiet unserer Wissenschaft, auf dem wir in der Folgezeit nicht seinen Namen durch wertvolle Beiträge vertreten finden, überall begegnen wir den Spuren seines eindringenden Geistes, seines Fleisses und seiner Gründlichkeit: Seine 1890 veröffentlichten vortrefflichen bildlichen Wiedergaben von Gefrierdurchschnitten des Kopfes geben ein anschauliches und lehrreiches Bild von dem Bau der Nasenhöhle und ihrer Adnexe und bilden eine willkommene Ergänzung zu Zuckerkandl's Arbeiten; dem Semon'schen Gesetz gaben seine im Verein mit Gad unternommenen Versuche über Bewegungsbeschränkung der Stimmlippen nach Abkühlung des N. recurrens eine werthvolle Stütze; die Therapie des Kehlkopfcarcinoms bereicherte er durch die für gewisse Fälle empfohlene und bei solchen von ihm erfolgreich geübte intralaryngeale Exstirpation und er förderte unsere Kenntnisse über die mikroskopische Diagnose und den Verlauf dieser Krankheit in seiner ungemein fesselnden und eingehenden Studie über Pachydermie und Carcinom. Von seiner bis in die letzten Jahre unvermindert anhaltenden Productivität giebt die Thatsache eine Vorstellung, dass der vollständige Katalog seiner Arbeiten weit über 200 Nummern umfasst.

Auf welchem Gebiet er aber auch wissenschaftlich hervortrat, stets kamen ihm seine in der Praxis und in der Krankenhausthätigkeit gesammelten allgemeinmedicinischen Erfahrungen zu Gute; er verwirklichte das Ideal eines Specialisten, der, frei von Einseitigkeit und Engherzigkeit, stets den Blick in das Weite gerichtet hält und, wie sehr auch seine Forschungen ins Einzelne gehen, doch fest im Mutterboden der allgemeinen Medicin wurzelt.

Im Jahre 1887 wurde der Laryngologie endlich, nachdem in Wort und Schrift schon lange dafür vergeblich gestritten worden war, in Preussen die staatliche Anerkennung zu Theil, indem in Berlin die Kgl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke gegründet wurde. Zum Director des neuen Instituts wurde Fränkel gewählt; bald darauf wurde er zum ausserordentlichen Professor ernannt. Hatte er auch schon in einer aus privaten Mitteln unterhaltenen Poliklinik laryngologische Curse abgehalten und zahlreiche Schüler unterrichtet, so erhielt jetzt, wo er mit einem officiellen Lehrauftrag an der Spitze eines staatlichen Institutes stand und bald über ein reiches Krankenmaterial verfügte, seine Lehrthätigkeit einen erheblich grösseren Umfang. Eine weitere Ausdehnung erhielt sein Wirkungskreis, als ihm noch in demselben Jahre eine Abtheilung für stationäre Kranke im Charité-Krankenhaus eingeräumt wurde. Jm Jahre 1891 wurden Poliklinik und Klinik in einem auf dem Charitégelände errichteten und hauptsächlich nach Fränkel's Angaben und Wünschen entworfenen Gebäude vereinigt. Viele Generationen von jungen Medicinern haben hier zu Fränkel's Füssen gesessen und sind von ihm in die Anfangsgründe der Laryngologie eingeführt worden; zahlreiche Aerzte aus aller Herren Länder haben hier ihre specialistische Ausbildung erhalten und die Grundsätze der Fränkel'schen Klinik verbreiten helfen, deren oberster dahin ging, alles Neue zu prüfen, nur das wirklich Werthvolle zu behalten und allen Versuchungen zur Vielgeschäftigkeit mit Kritik und weiser Selbstbeschränkung zu begegnen. Nichts lag Fränkel mehr am Herzen als seine Lehrthätigkeit, nichts brachte ihn in bessere Laune, als wenn er im Stande war, seine Hörerschaft durch klinische Demonstrationen lehrreicher und interessanter Krankheitsfälle zu fesseln, nichts konnte ihn in den Tagen abnehmender Kraft mehr niederdrücken, als wenn er durch sein Befinden gezwungen war, sich in der Abhaltung seines Collegs vertreten zu lassen. In seiner Eigenschaft als klinischer Lehrer kam ihm eine glänzende Beredsamkeit und eine seltene Kunst der Darstellungsgabe zu Hilfe. Sein Vortrag trug stets den Stempel der Improvisation und glich einer geistvollen Causerie, die durch humoristische Bemerkungen und zahlreiche aus einem reichen Erinnerungsschatz geschöpfte Anekdoten gewürzt war.

Aus einer zwanglosen, zuerst nur geselligen Zwecken dienenden Ver-

einigung Fränkelscher Schüler ging im Jahre 1894 die Berliner Laryngologische Gesellschaft hervor. In der constituirenden Versammlung wurde, wie natürlich, Fränkel zum Vorsitzenden ernannt. Er hat dieses Amt bis zu seinem Tode bekleidet und bis zu der Zeit, wo sein Gesundheitszustand ihm abendliche Ausgänge verbot, die Verhandlungen mit dem ihm eigenen parlamentarischen Geschick geleitet. Anlässlich seines 50jährigen Doctorjubiläums erwies die Gesellschaft ihrem Begründer die höchste Ehre, die sie zu vergeben hat, indem sie ihn zum Ehrenpräsidenten ernannte.

Im Jahre 1894 begründete Fränkel das „Archiv für Laryngologie", das erste ausschliesslich den wissenschaftlichen Interessen der Laryngologie und Rhinologie dienende publicistische Organ, das in Deutschland erschien. Auf das Gedeihen seines „Archivs", das sich zu einer weit verbreiteten und angesehenen Zeitschrift, einer wahrhaft vornehmen Sammelstelle der wertvollsten Arbeiten entwickelte, ist Fränkel stets besonders stolz gewesen und es erfüllte ihn mit inniger Freude, als er kurz vor seinem Lebensende den 25. Band abgeschlossen vor sich sah.

Fränkel's Verdienste als Forscher und Lehrer sichern ihm in den Annalen der Laryngologie einen hervorragenden Platz und ein unvergängliches Andenken; aber es sind Verdienste, in die er sich mit anderen Pionieren unserer Wissenschaft teilt. Was jedoch seinen eigentlichen Ruhm ausmacht und wofür ihm seine Fachgenossen ganz besonders Anerkennung und Dankbarkeit schulden, das ist, dass er mit eiserner Energie, mit einem Feuereifer, den kein Hinderniss erlahmen liess, dahin gewirkt hat, dass der Laryngologie die äussere Anerkennung und diejenige Stellung unter den medicinischen Sondergebieten zu Theil wurde, die ihr seiner innersten Ueberzeugung nach zukam. Alle die glänzenden Eigenschaften seines Geistes und Verstandes, seine gewinnende Beredsamkeit, seine Feder, der es nöthigenfalls an schneidender Schärfe nicht mangelte, seine ganz ungewöhnliche diplomatische Begabung, seine Lebensklugheit und Gewandtheit im Verkehr mit Menschen, alles stellte er in den Dienst jener einen Aufgabe. Und als es am Ende seiner Tage schien, als ob diese seine Lebensaufgabe zu schanden werden und nach seinem Rücktritt sein Lehrstuhl nicht wieder besetzt werden sollte, da überwand er alle Hinfälligkeit und Schwäche, nahm mit alter Energie und Freudigkeit den oft gekämpften Kampf noch einmal auf und drang mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln darauf, dass der Mann, den er als den rechten erkannt hatte, zu seinem Nachfolger gewählt wurde. Wenn es je einen gegeben hat, der Fränkel bei seinen Bestrebungen selbstische Beweggründe unterzuschieben geneigt war, so musste er angesichts dieses Kampfes, den der schon mit dem Tode gezeichnete Mann für die Sache und nur für diese führte,

eines Besseren belehrt werden. Es war ein besonders gütiges Walten des Geschicks, dass es ihm vergönnt war, die Erfüllung seines letzten Lieblingswunsches noch zu erleben.

Ein grosses und segensreiches Feld der Bethätigung schuf sich Fränkel auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung. Von jeher hatte er der Tuberkulose ein ganz besonderes Interesse zugewandt. Seine ersten Arbeiten, die er noch als praktischer Arzt veröffentlichte, betreffen casuistische Mitteilungen aus dem Gebiet der Tuberkulose, experimentelle Untersuchungen über deren Uebertragbarkeit, eine Methode zur Bacillenfärbung im Sputum u. s. w. Es sei auch daran erinnert, dass Fränkel zu denen gehörte, die den bleibenden Werth des Tuberkulins für diagnostische und therapeutische Zwecke erkannten. Als nach der Periode des grenzenlosen Enthusiasmus, der auf Koch's Veröffentlichung folgte, sich bald ein Umschlag in das Gegentheil geltend machte und so mancher, der soeben noch Hosiannah gerufen, sich nun in verdammenden Urtheilen nicht genug thun konnte, gehörte er zu den Wenigen, die unbeirrt an der Koch'schen Erfindung festhielten und den Glauben an seinen Werth nicht verloren; dass sie recht behielten, hat nun die Zeit gelehrt. Als im Jahre 1895 sich das Deutsche Centralcomité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke bildete, um den Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit aufzunehmen, gehörte Fränkel neben Leyden und Althoff zu den führenden Männern. Auf seine Initiative trat im Jahre 1899 in Berlin der Internationale Tuberkulosecongress zusammen, der einen über alles Erwarten glänzenden Verlauf nahm; den von diesem Congress ausgehenden Anregungen ist der mächtige Aufschwung zu danken, den seitdem die Heilstättenbewegung überall genommen hat. Mit Leyden zusammen begründete er den Berlin-Brandenburger Heilstättenverein, dessen Schöpfung, die mustergültige Heilstätte in Beltzig, stets ein Gegenstand von Fränkel's besonderer Fürsorge war. Er gehörte dem Präsidium der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose an und war Mitherausgeber der „Tuberkulosis“ sowie der „Zeitschrift für Tuberkulose“.

Fränkel war ein Mann von umfassendem allgemeinen Wissen und einem feinen Sinn für künstlerische und litterarische Dinge; seine Mussestunden widmete er gern der Lektüre seiner Lieblingsdichter, unter denen ihm Goethe vor allem theuer war. Ein Band Goethe musste stets zu Trost und Erbauung in schlaflosen Nächten vor seinem Bette liegen und noch in seinem letzten Lebensjahre veröffentlichte er „Ueber des jungen Goethe schwere Krankheit“, eine Arbeit, die dem Mediziner wie dem Litteraturhistoriker Neues und Interessantes bietet, von seiner grossen Belesenheit und einer erstaunlichen Fertigkeit zeugt, eine seinem eigentlichen Arbeitsgebiet fern liegende Materie wissenschaftlich zu behandeln.

Nach aussen hin von einer gewissen Zugeknöpftheit, die bei dem Fernstehenden zuerst den Eindruck der Unnahbarkeit erwecken konnte, erwies sich Fränkel bei näherer Bekanntschaft als eine durchaus liebenswürdige und entgegenkommende Natur. Ausgerüstet mit einem anmuthigen Talent zum Plaudern und Erzählen, begabt mit dem heitern Sinn und der Freude am Witz, die den Rheinländer auszeichnen, konnte er von seiner Person einen geradezu bezaubernden Charme ausstrahlen lassen. Sein Haus, das ihm nach dem frühen Hinscheiden der Gattin durch die aufopfernde Liebe seiner Töchter verschönt wurde, zu einer Pflegestätte vornehmster Gastlichkeit und edler Geselligkeit, zu einem Sammelpunkt interessanter Menschen zu machen, war ihm eine wahre Herzensfreude. Zu den hervorstechendsten Eigenschaften seines Wesens gehörte ein klarer Blick für die Realitäten des Lebens, ein blitzschnelles Erfassen dessen, was der Augenblick erforderte; dazu kam ein ungewöhnlich entwickelter Sinn für diplomatische Taktik. Männer in prominentester Stellung, mit denen ihn sein Beruf in Berührung brachte, würdigten ihn ihres Vertrauens und scheuten sich nicht, ihn in Dingen, die von seinem eigentlichen Wirkungskreis weit ablagen, um seine Meinung und seinen Rath zu fragen.

Von seinem Beruf hatte Fränkel eine ungemein vornehme und ideale Auffassung. So wie er lange Jahre hindurch an der Spitze aller Bestrebungen stand, die darauf hinzielten, den Aerztestand zu heben, so verkörperte er in seiner Person das immer seltener werdende Ideal des Arztes aus früherer Zeit. Der Sinn für Erwerb, der unserer Epoche die Signatur aufdrückt und dem auch der Arzt, wenn er im Kampf ums Dasein bestehen will, sich heute nicht verschliessen kann, war bei ihm nicht zur Entwicklung gelangt und wenn man in Fällen, wo scrupellose Patienten seine Gutmüthigkeit ganz besonders böswillig ausgenützt, seine Zeit und Kunst besonders gröblich ausgebeutet hatten, ihm Vorstellungen zu machen wagte, so wehrte er lächelnd ab und bezeichnete sich selbst als in dieser Beziehung „unverbesserlich".

Bernhard Fränkel's Lebensbahn hat sich stets in aufsteigenden Linien bewegt. Er ist ein glücklicher Mensch gewesen und es war ihm vergönnt, die Früchte seiner Arbeit zu ernten. An Anerkennung und Verehrung, an Ehren und Auszeichnungen hat es ihm nicht gefehlt und er konnte von hinnen gehen mit dem Bewusstsein, ein reiches Leben gelebt zu haben, voller Mühe und Arbeit, aber auch voller Segen und Erfolge.

Finder.

Verzeichniss von Bernhard Fränkel's Arbeiten:

Wir müssen es uns aus Mangel an Raum versagen, die zahlreichen Arbeiten Fränkel's zu berücksichtigen, die auf Fragen der inneren Medicin, die Tuberculose, Heilstättenbewegung und Standesangelegenheiten Bezug haben. Wir beschränken uns auf die Anführung seiner rhino-laryngologischen Arbeiten:

Demonstration eines Mundspatels und eines Rhinoskops. Berl. klin. Wochenschr. 1870. No. 18. (B. M. G.)

1. Demonstration eines Speculum narium. 2. Zur medicamentösen Localbehandlung hypertrophischer Tonsillen. Berl. klin. Wochenschr. 1872. No. 8 u. 29. (B. M. G.)

Ein Fall gutartiger Mycosis des Pharynx. Berl. klin. Wochenschr. 1873. No. 8 u. 29. (B. M. G.)

Ueber laryngoskopische Beleuchtungsvorrichtungen mit Demonstration. Berl. klin. Wochenschr. 1873. No. 27, 29, 31. (B. M. G.)

Zur Kehlkopfbeleuchtung. Berl. klin. Wochenschr. 1873. No. 50.

Die laryngoskopische Beleuchtung. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1873. Bd. 12.

Laryngitis haemorrhagica. Berl. klin. Wochenschr. 1874. No. 2.

Erklärung (gegen Böcker). Berl. klin. Wochenschr. 1874. No. 17.

Zur endoskopischen Beleuchtung. Berl. klin. Wochenschr. 1874. No. 18. (B.M.G.)

Ein einfacher pneumatischer Apparat. (Vorl. Mittheilung.) Centralbl. f. d. med. Wissenschaft. 1874. No. 47.

Fall von multipler Hirnnervenlähmung. Berl. klin. Wochenschr. 1875. No. 3.

Ein billiger pneumatischer Apparat. Berl. klin. Wochenschr. 1875. No. 19.

Lähmnng des rechten Nerv. accessorius. Berl. klin. Wocheuschr. 1867. No. 1. (B. M. G.)

Ueber Beleuchtungsapparate, die ohne weitere Hülfsvorrichtung die Demonstration des Bildes an einen zweiten Beobachter gestatten. Berl. klin. Wochenschr. 1876. No. 16.

Erwiderung auf den in No. 34 und 35 dieser Wochenschrift erschienenen Aufsatz des Herrn A. Böcker: „Eine einfache Methode, das Bild des Kehlkopfes etc. einem zweiten Beobachter gleichzeitig zur Anschauung zu bringen.“ Deutsche med. Wochenschr. 1876. No. 41.

Gegen die „Antwort“ des Herrn Böcker in No. 48 dieser Wochenschrift. Eine Duplik. Deutsche med. Wochenschr. 1876. No. 51.

Die Krankheiten der Nase. Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie von H. Ziemssen. 1876. Leipzig, Vogel.

Cancroid des Pharynx. Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 1. (B. M. G.)

Zur Anwendung der Nasendouche. Deutsche Zeitschr. f. pract. Medicin. 1877. No. 30.

Die Anwendung der empfindlichen Flamme zur Erkennung der Erkrankung des Stimmorgans. Berl. klin. Wochenschr. 1878. No. 51.

Kehlkopfstenose infolge Fehlens der Glottiserweiterung bei der Inspiration. Deutsche Zeitschr. f. pract. Medicin. 1878. No. 6 u. 7.

Scrophulose und Tuberculose in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. 1878. Tübingen.

Die Anwendung der manometrischen Flamme als Hülfsmittel zur Erkennung von Erkrankungen des Stimmorgans. Deutsche Zeitschr. f. pract. Medicin. 1878. No. 52.

Fall von Mycosis des Zungenrückens und Pharynx. Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 18. (Charité-Ges.)

Neuer Beleuchtungsapparat für geschlossene Lichtleitungen. Berl. klin. Wochenschrift. 1880. No. 28. (Charité-Ges.) und No. 42. (B. M. G.)

Angina, Croup, Pharynxkrankheiten, Rhinoskopie, Tonsillen, Uvula, adenoide Vegetationen in Eulenburg's Realencyclopädie. Wien und Leipzig. 1880 bis 1883.

Zur Rhinoskopie. Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 3 u. 7.

Ueber den Zusammenhang von Asthma nervosum und Krankheiten der Nase. Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 16.

Ueber die Behandlung der Angina catarrhalis. Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 47.

Natur und Behandlung der Ozaena. Referat auf dem intern. Congress zu London 1881.

Anwendung des Jodoforms auf Schleimhäuten. Berl. klin. Wochenschr. 1882. No. 17.

Demonstration einer Modification des Whitehead'schen Mundsperrers. Berl. klin. Wochenschr. 1882. No. 30. (B. M. G.)

Die Diagnose des tuberculösen Kehlkopfgeschwürs. Berl. klin. Wochenschr. 1883. No. 4.

Discussion über den Vortrag des Herrn Ewald: Ueber das Schluckgeräusch. Berl. klin. Wochenschr. 1883. No. 52. (B. M. G.)

Eine einfache Methode, den Stimmfremitus direct wahrzunehmen. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1884. No. 10.

Vorstellung eines Falles von von der Nase aus geheiltem Facialiskrampf. Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 28. (B. M. G.)

Ueber adenoide Vegetationen. Deutsche med. Wochenschr. 1884. No. 41.

Ueber die Frage der von der Nase ausgehenden Reflexneurosen. Verhandlungen d. Section f. Laryngol. auf dem intern. Congress in Kopenhagen 1884.

Inhalationsapparat für ätherische Oele. Centralbl. f. chirurg. u. orthop. Mechan. 1885. No. 1.

Ueber die Anwendung des Cocain. Berl. klin. Wochenschr. 1885. No. 5. (B. M. G.)

Lanolin als Salbengrundlage für die Schleimhäute. Berl. klin. Wochenschr. 1886. No. 5. (B. M. G.)

Angina lacunaris und diphtherica. Berl. klin. Wochenschr. 1886. No. 17 u. 18. (B. M. G.)

Eine Knochenleiste auf dem Septum narium. Berl. klin. Wochenschr. 1886. No. 24. (B. M. G.)

Erste zur Heilung führende Ausrottung eines Larynxcancroids per vias naturales. Centralbl. f. Chirurgie. 1886. No. 24 Beilage.

Demonstration eines Präparates von Larynxödem bei Nierenschrumpfung. Berl. klin. Wochenschr. 1887. No. 27. (B. M. G.)

Erste Heilung eines Larynxcancroids vermittelst Ausrottung per vias naturales. Langenbeck's Archiv. 1887. Bd. 34. H. 2.

Vorstellung cines Falles von Kehlkopferysipel. Deutsche med. Wochenschr. 1887. No. 20. (B. M. G.)

Perichondritis syphilitica. Demonstration eines Präparats. Berl. klin. Wochenschr. 1887. No. 24. (Charité-Ges.)

Ueber die submucöse Anwendung des Cocain. Therap. Monatsh. 1887. Mai.

Ueber die Beschäftigungsschwäche des Stimmorgans. Mogiphonie. Deutsche med. Wochenschr. 1887. (Verein f. innere Med.)

Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle. Berl. klin. Wochenschr. 1887. No. 16.

Demonstration eines Präparates (ein ohne Operation ausgehusteter fibröser Polyp). Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 3. (B. M. G.)

Vorstellung eines Falles von theilweise geheilter Basedow'scher Krankheit durch Cauterisation der Nasenmuscheln. Berl. kl. Wochenschr. 1888. No. 6. (B. M. G.)

Bemerkungen zu Remak's Fall von traumatischer Sympathicus- etc. Paralyse. Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 8. (Disc. in der Charité-Ges.)

Zur Anatomie der Stimmbänder. Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 45. (B. M. G.)

Demonstration von Präparaten des normalen Stimmbandes. 62. Naturforscherversammlung zu Heidelberg 1888.

Die Behandlung der Pharyngitis chronica. Therap. Monatsh. 1889. Novbr.

Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1889. No. 1—6.

Demonstration eines Präparates von Laryngitis phlegmonosa bei einer Geisteskranken. 1889. April. (Laryngol. Gesellsch.)

Erwiderung auf einen Aufsatz des Herrn Prof. Dr. Bayer in Brüssel: „Beitrag zum Studium und zur Behandlung des Empyems der Higmorshöhle" in No. 10 der deutschen med. Wochenschrift. Deutsche med. Wochenschr. 1889. No. 16.

Zur Histologie der Stimmbänder. Virchow's Archiv. Bd. 118. 1889.

Versuche über die Ausfallserscheinungen an der Stimmbandbewegung bei Abkühlung des Nerv. recurrens (mit J. Gad). Centralbl. f. Physiol. 1889. H. 3.

Nachtrag zum Vortrag von Küster über das Empyem der Highmorshöhle. Berl. klin. Wochenschr. 1889. No. 10. (B. M. G.)

Knöcherner Verschluss der Choanen. Laryngol. Gesellsch. 1889. Mai.

Vorstellung eines Falles von Pharynxstrictur (Syphilis). Berl. klin. Wochenschr. 1889. No. 27. (Laryngol. Gesellsch.)

Pathologische Bedeutung der Stimmbanddrüsen. Berl. klin. Wochenschr. 1889. No. 43. (Laryngol. Gesellsch.)

Die rhino-laryngologischen Operationen in der Aera des Cocains. Deutsche med. Wochenschr. 1889. No. 51.

Vorstellung eines Falles von Knochenblase (Empyem). Berl. klin. Wochenschr. 1890. No. 22. (B. M. G.)

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie d. Nasenhöhle. Berlin, Aug. Hirschwald. 1890/1891.

Demonstration eines Falles von Rachentumor. Laryngol. Ges. 1890. Juni.

Ueber Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge von Influenza. Deutsche med. Wochenschr. 1890. No. 28.

Vorstellung eines Falles, ähnlich einer perversen Action der Stimmbänder. Berl. klin. Wochenschr. 1890. No. 39. (Laryngol. Gesellsch.)
Demonstration eines grossen Rachenpolypen. Laryngol. Gesellsch. 1891. Mai.
Ueber Veränderungen in den oberen Luftwegen im Verlaufe der Influenza. Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 44. (Laryngol. Gesellsch.)
Photographien mikroskopischer Präparate von Kehlkopfschnitten. Naturforscherversammlung. Halle 1891.
Demonstration eines Patienten mit Basedow'scher Krankheit, die sich nach Entfernung der Rachentonsille besserte. Verhdl. der Laryngol. Ges. 1892. 25/3.
Demonstration einer exstirpirten Epiglottis. Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 13. (B. M. G.)
Die Demonstration eines laryngoskopischen Bildes. Therap. Monatsh. 1893.
Der Prolapsus des Morgagnischen Ventrikels. Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 26. (Charité-Ges.)
Aphonie durch einen Spalt zwischen den Schildknorpelplatten und dem Ringknorpel nach Tracheotomie. Demonstration. Berl. klin. Wochenschr. 1904. No. 37. (Charité-Ges.)
Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfes: 1. Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen. Arch. f. Laryngol. 1894. Bd. I. H. 1. 2. Der Ventriculus Morgagni. Arch. f. Laryngol. 1894. Bd. 1. H. 2.
Der sogenannte Prolapsus des Morgagnischen Ventrikels. Arch. f. Laryngol. 1894. Bd. I. H. 3.
Demonstration eines Enchondrom des rechten Schildknorpels. Berl. klin. Wochenschrift. 1895. No. 50. (Laryngol. Gesellsch.)
Demonstration eines Nasensteins. Berl. klin. Wochenschr. 1895. No. 4. (B. M. G.)
Pachydermia laryngis, ihre Geschichte, pathologische Anatomie und Pathologie. Arch. f. Laryngol. 1895. Bd. II. H. 2.
Nachtrag zu dem Aufsatz über den Prolaps des Morgagnischen Ventrikels im ersten Bande dieses Archivs (S. 369). Archiv f. Laryngol. 1895. Bd. II. H. 2.
Die keilförmigen Knorpel des Kehlkopfes sind nicht von Wrisberg entdeckt worden und können deshalb nicht nach ihm genannt werden. Arch. f. Laryngol. 1895. Bd. II. H. 2.
Die anatomische Nomenclatur. Arch. f. Laryngol. 1895. Bd. III. H. 1 u. 2.
Aseptisches Instrumentarium für Galvanokaustik. Arch. f. Laryngol. 1895. Bd. II. H. 4.
Der Eisenbahnschnupfen. Arch. f. Laryngol. 1895. Bd. III. H. 4.
Die infectiöse Natur der Tonsillitis lacunaris. Arch. f. Laryngol. 1896. Bd. IV. H. 1.
Tamponträger für den Nasenrachen. Arch. f. Laryngol. 1896. Bd. IV.
Ein Zahn in der Nasenhöhle. Charité-Annalen. 22. Jahrg. 1897.
Das Archiv für Laryngologie. Arch. f. Laryngol. 1897. Bd. VI.
Untersuchungsmethoden des Kehlkopfs und der Luftröhre. Heymann's Handbuch f. Laryngol. u. Rhinol. 1897.
Die intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebses. Arch. f. Laryngol. 1897. Bd. VI.
Ueber die Bezeichnung Autoskopie, Lämoskopie und Vorschlag des Namens Isthmia für die oberen Luftwege. Arch. f. Laryngol. 1897. Bd. VI.

Erwiderung auf den Aufsatz des Herrn Dr. M. Grossmann: Experimentelle Beiträge zur Posticuslähmung. Arch. f. Laryngol. 1897. Bd. VI.
Ueber Tracheotomie ohne allgemeine Narkose mit Localanästhesie. (Vortrag.) Berl. klin. Wochenschr. 1898. No. 23.
Erwiderung auf vorstehende Entgegnung (Kirstein). Berl. klin. Wochenschr. 1898. Bd. VII.
Beantwortung der von Herrn Grossmann an ihn gerichteten Fragen. Arch. f. Laryngol. 1898. Bd. VII.
Vortrag in der Charité-Gesellschaft (Trachealfistel). Berl. klin. Wochenschr. 1899. No. 13.
L'application par la voie cutanée de l'électricité dans les affections laryngiennes. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. 1899.
Offener Mund und kurze Oberlippe infolge Straffheit des Frenulum labii superioris. Arch. f. Laryngol. 1899. Bd. IX.
Bemerkungen über den üblen Geruch aus dem Munde. Arch. f. Laryng. 1900. Bd. X.
Zur Hyperästhesie der Nasenschleimhaut. (Vortrag.) Berl. kl. Wochenschr. 1901. No. 15.
Krankenvorstellung (Perichondritis cricoidea). (Vortrag.) Berl. klin. Wochenschr. 1902. No. 23.
Pachydermie und Carcinom nebst Bemerkungen über die Entwickelung und die mikroskopische Diagnose des Carcinoms. Arch. f. Laryngol. 1903. Bd. XIII.
Ein leichter Reflektor. Arch. f. Laryngol. 1903. Bd. XIV.
Schulter- und Gaumen-Kehlkopflähmung. Berl. klin. Wochenschr. 1903. No. 21.
Die Zukunft der Laryngologie. Intern. Centralbl. f. Laryngol. 1905. Bd. XX. No. 7.
Wem gebührt die Priorität der Erfindung der Laryngologie. Berl. kl. Wochenschr. 1906. No. 13.
Die Entwickelung der Lehre von der Ozaena. Vortrag in der Berliner Laryngologischen Gesellsch. am 16. Nov. 1906. Berl. kl. Wochenschr. 1906. No. 52.
Plica triangularis und Pathologie. Charité-Annalen. 31. Jahrg.
Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. (Ein Beitrag zu der Frage der Chordectomie bei Larynxstenose). Arch. f. Laryngol. Bd. XX. H. 1.
Funkenbehandlung. Verhandl. des Vereins Deutscher Laryngologen 1908.
Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemeinen medicinischen Standpunkt. Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten. Referat auf dem Laryngologen-Congress in Wien. Arch. f. Laryngologie. Bd. XXI. H. 1.
Laryngologie und Otologie. Keine Vereinigung, sondern Trennung. Arch. f. Laryngologie. Bd. XXI. H. 2.
Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Carcinom und Syphilis in den oberen Luftwegen. Charité-Annalen. 34. Jahrg.
Experimentelles zur Wirkung der Funken auf Bakterien. Berl. klin. Wochenschr. 1909. No. 26.
Die infectiösen Erkrankungen des Rachens. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1910. No. 7.

II. Die Laryngo-Rhinologie als Gegenstand des medicinischen Unterrichts.

Von Gustav Killian.

(Antrittsvorlesung, gehalten am 2. November 1911.)*)

M. H.! Sie werden begreifen, dass dieser Augenblick mich tief bewegt! Er führt meine Gedanken in die Zeit zurück, in der ich als junger Arzt in die Neustädtische Kirchstrasse wanderte, um unter anderem auch Vorlesungen und Poliklinik des damaligen ausserordentlichen Professors der Laryngologie und Rhinologie, Bernhard Fraenkel zu besuchen. Es war der Beginn meiner specialistischen Laufbahn.

Fünfundzwanzig Jahre sind seitdem verflossen. Das Geschick hat mich in den Süden unseres Vaterlandes geführt und mir dort Gelegenheit gegeben, mich gründlich mit unserer schönen Wissenschaft zu beschäftigen. Ich dachte nicht anders, als dass ich zeitlebens in Freiburg haften bliebe.

Mittlerweile aber hatte sich aus der Fraenkel'schen Privatpoliklinik ein Universitätsinstitut entwickelt. Eine Klinik und ein eigenes Heim kamen bald dazu. Es entstand eine hohe Schule für unser Fach, welche sich zu grosser Blüte entfaltete.

Nach einem Leben voller Arbeit und Erfolge hat sich Bernhard Fraenkel jetzt zurückgezogen, um der wohlverdienten Ruhe zu pflegen. Wenn es möglich gewesen wäre, hätte er es sich heute nicht nehmen lassen, hierher zu kommen, zu den Füssen seines ehemaligen Schülers zu sitzen, und sich darüber belehren zu lassen, in welchem Geiste dieser das Erbe zu verwalten gedenkt. Gern hätte ich ihm hier persönlich die Hand gedrückt. Möge er, wie Sie alle, versichert sein, dass ich stets bestrebt sein werde, Klinik und Fach hochzuhalten, so weit und so lange es in meinen Kräften steht.

M. H.! Es besteht hier der Brauch, dass der neue Docent in seiner ersten Vorlesung ein allgemeines Thema behandelt. Ich habe mir daher für unsere heutige Betrachtung „Die Laryngo-Rhinologie als Gegenstand des medicinischen Unterrichts“ gewählt.

Sie wenden sich diesem Fach erst zu, nachdem Sie der klinischen Medicin einige Semester gewidmet haben. Auf dieser Basis also habe ich aufzubauen.

Auf die klinischen Wissenschaften allein zurückzugreifen, genügt aber nicht. Wir müssen etwas weiter ausholen und die Anatomie und Physiologie mit heranziehen, nur dass wir die Anatomie und namentlich die topo-

*) Abdruck aus der Deutsch. med. Wochenschrift.

graphische in etwas anderer Art betreiben, wie der Fachanatom. Vieles, wofür dieser weniger Interesse hat, haben wir höher zu bewerthen. Anderes, was jedes anatomische Lehrbuch bringt, stellen wir vom Gesichtspunkt der praktischen Medicin aus mehr in den Hintergrund. Wir müssen auch des öftern über das in den anatomischen Lehrbüchern Gebotene hinausgehen. Unsere wissenschaftlichen Bedürfnisse konnten dort vielfach nicht hinreichend befriedigt werden. Ganze Kapitel mussten wir selbst in Angriff nehmen und bis ins Feinste ausarbeiten, nachdem neue Fragen aufgetaucht waren. Unsere Wissenschaft und unsere Praxis verlangte einen weiteren anatomischen Untergrund.

Es kommt aber noch weiter in Betracht, dass wir die Anatomie nicht allein an der Leiche, sondern viel mehr noch am lebenden Menschen zu treiben haben. Die einzelnen Theile sehen hier anders aus, haben eine andere Lage und Stellung zu einander, zeigen mehr Turgor und Spannung und vor allem ein eigenartiges und mannigfaltiges Colorit. Da wir, von Operationen abgesehen, das ἀνατέμνειν am Lebenden nicht üben können, so müssen wir lernen, aus Oberflächengestaltung und Farbe die in der Tiefe gelegenen Theile zu erkennen, sie gleichsam durch die äussere Haut und durch die innere Schleimhaut hindurchzusehen.

Eine grosse Hilfe gewähren uns dabei die Untersuchungen mit Röntgenstrahlen. Wir nehmen diese Art der Durchleuchtung an Kopf, Hals und Thorax in den verschiedensten Richtungen vor und sehen die Schatten der dichteren Theile gegen die der dünneren sich abheben. Die erhaltenen Bilder erscheinen dem Anfänger recht fremdartig, weil in ihnen alles in einander projicirt ist, was in der Aufnahmerichtung hintereinander liegt. Wer solche Bilder richtig deuten will, muss in der Anatomie zu Hause sein. Erleichtert wird uns die Deutung der Radiographien wesentlich durch Stereoaufnahmen, weil diese körperliche Vorstellungen geben und dem Beschauer zeigen, wie die Theile vor-, hinter- und nebeneinander gelegen sind. Die sich kreuzenden Linien und die verschieden getönten Flächen lösen sich dementsprechend auf. Man erkennt ohne weiteres ihre Zugehörigkeit zu bestimmten anatomischen Bildungen. Der Vortheil der Stereoaufnahmen ist so gross, dass man sie jetzt überall anzuwenden sucht. Am schwierigsten verhält sich der Kopf, doch sind auch hier schon Erfolge erzielt worden.

Die Durchleuchtung mit gewöhnlichem Licht hat man schon lange versucht. Sie eignet sich jedoch nur für besondere Fälle, weil sie die Gewebe bei weitem nicht so fein differencirt wie die Röntgenstrahlen. Sie erkennen dies ohne weiteres, wenn Sie die Finger gegen die Sonne oder eine starke Lichtquelle halten. Dieselben erscheinen dann roth durchleuchtet, aber die Conturen der Knochen treten nicht hervor. Wir sehen

nur grobe Unterschiede in der Helligkeit. Eine solche Untersuchung genügt nur für die allgemeine Orientirung. Wir verwerthen sie mit Erfolg, hauptsächlich bei der Untersuchung der Kiefer- und Stirnhöhlen.

Aber nicht allein mit dem ausgewachsenen menschlichen Körper haben wir es zu thun, wir müssen auch über Grössen- und Formverhältnisse des heranwachsenden Organismus von der Geburt bis zur Reife genau Bescheid wissen und dem bei unseren Schlussfolgerungen und Untersuchungen Rechnung tragen. Selbst auf die Embryonalzeit haben wir oft Veranlassung zurückzugreifen.

Aehnlich wie mit der Anatomie verhält es sich mit der Physiologie. Wir treiben sie vielleicht nach der Ansicht der Fachmänner zu einseitig, weil wir uns auf den Menschen beschränken; aber in Bezug auf diesen suchen wir sie zu vertiefen, insbesondere in praktischer Hinsicht und in Bezug auf die elementaren Vorgänge. Unser Thun giebt uns Gelegenheit zu fortgesetzten Beobachtungen am Lebenden von aussen und innen. Vom Munde aus erlauben uns unsere Methoden bis weit in das Innere des menschlichen Körpers hineinzublicken und die Lungen und (indirekt) auch das Herz dort arbeiten zu sehen, ein eigenartiger Anblick, der viel zu denken giebt! Der Organismus erscheint uns wie eine Maschine und wir begreifen, dass vom ersten bis zum letzten Augenblick des Lebens kein Punkt im Thorax sich in Ruhe befindet.

Auch von physiologischen Dingen erfährt in der ärztlichen Praxis vieles Betonung, worauf der Fachmann weniger Werth legt. Anderes tritt weit zurück, was Sie, m. H., zum Physicum mühevoll gelernt haben. Unsere praktischen physiologischen Studien am Lebenden haben sich im Laufe der Zeit recht fruchtbar erwiesen und manches wurde mit unseren endo- und diaskopischen Methoden klar erkannt, was auf andere Weise schwerlich hätte beobachtet werden können. Ich erinnere nur an die interessanten und complicirten Bewegungserscheinungen in der Mund- und Rachenhöhle und im Kehlkopf beim Singen und Sprechen, an den Mechanismus des Gaumensegels, des Oesophagusmundes und der Cardia.

Besonders verdient betont zu werden, dass wir Anatomie und Physiologie vielfach umgekehrt treiben wie der Fachmann. Dieser sucht aus zahlreichen Einzelbeobachtungen allgemeine Regeln und Gesetze herzuleiten. Wir suchen ausserdem das Individuelle zu erfassen, denn wir sind Aerzte und haben es in erster Linie mit bestimmten Individuen zu thun.

Vor allen Dingen suchen wir das Normale vollkommen einzugrenzen. Zeigt sich doch bei genauerer Beobachtung, dass alle anatomischen Formen, auch die im Innern des menschlichen Körpers, an Varietäten reich sind und dass vieles, was von der gewöhnlichen Form abweicht, doch noch als normal bezeichnet werden muss.

Wer das Normale kennt, weiss das Anormale leichter zu bestimmen. Ich werde daher bei unserer gemeinsamen Arbeit immer und immer wieder auf die Norm hinweisen. Es ist durchaus nicht hinreichend, dass Sie stets nur dem Krankhaften Ihre Aufmerksamkeit schenken. — — —

Die Lehre von dem kranken Organismus, die Pathologie, hat ebenfalls einen anatomischen und einen physiologischen Bestandtheil. Ueber den anatomischen unterrichten wir uns am Sektionstisch, über den physiologischen, d. h. über die krankhaften Lebenserscheinungen, am Krankenbett. Aber das Seciren giebt dem Kliniker nicht genug. Er muss die pathologischen Veränderungen vor allem und so weit als möglich am Lebenden verfolgen. Der pathologische Anatom sieht nur das Ende und setzt hier mit seinen Studien ein, die er durch Thierexperimente ergänzt. Der Kliniker erlebt die Krankheiten und schreibt ihre Geschichte!

Er kommt dabei selbstverständlich dem Wesen des Krankheitsprocesses, den cellular-pathologischen Vorgängen und dem Treiben der Krankheitserreger lange nicht so nahe, wie der pathologische Anatom und Bakteriologe. Verhältnismässig selten kann ein veränderter Gewebsteil zu mikroskopischen Zwecken entfernt werden. Dafür erleben wir aber die Krankheit und nicht allein als locales und allgemeines Uebel, sondern auch in ihrer Rückwirkung auf die Psyche. Hier kommt das Mikroskop nicht nach. Der Kliniker weiss nur zu gut, dass der Kranke nicht allein körperlich, sondern auch in seiner Seele leidet.

Die pathologisch-anatomischen Lehrbücher weisen in ihren Darstellungen der Krankheiten der Luftwege und der oberen Speisewege grosse Lücken auf, denn an zahlreichen Affektionen in diesen Gebieten stirbt man nicht. Sie heilen über kurz oder lang ab, ohne eine nennenswerthe Spur zu hinterlassen.

Das Seciren lässt uns zwar den krankhaften Vorgängen auf die Spur kommen. Es zerstört aber Eines unwiederbringlich, das ist die dem Kliniker so werthvolle Topographie. Die normale Anatomie hat dies schon früh empfunden und sich daher ein besonderes Gebiet, die topographische, angegliedert. Die pathologische Anatomie beschränkt sich heutzutage meist noch auf das rein Anatomische. Die topographische Art des Studiums pathologischer Vorgänge ist nur durch wenige Atlanten vertreten. Sie wird entschieden zu wenig geübt. Wie wichtig, interessant und lehrhaft wäre es für uns, alles das, was wir am Lebenden in Bezug auf die äusseren und inneren Körperformen studiert und graphisch und radiographisch aufgezeichnet haben, durch schichtweise Präparationen, Herstellung von Durchblicken oder an einer Reihenfolge von Schnitten durch die gefrorene Leiche regelrecht controlliren und verfolgen zu können. Ueber die Art der Ausbreitung der Processe würden wir manches lernen

und mancher neue therapeutische und speciell chirurgische Gesichtspunkt könnte sich ergeben.

Das Studium der krankhaften Abänderung der Lebenserscheinungen wird erst in neuerer Zeit zu einer besonderen Lehre entwickelt. Auf diesem Gebiet sind wir Aerzte zu Hause. Die mannigfaltigen und complicirten normalen Verrichtungen, die wir im Bereiche der Luft- und der oberen Speisewege beobachten, werden sehr oft in der allerverschiedenartigsten Weise und in den verschiedensten Graden durch Krankheiten verändert. Es handelt sich dabei nicht immer um Vorgänge, für die wir bei makroskopischer oder mikroskopischer Betrachtung der Organe und Gewebe einen hinreichenden Grund finden. Wie Sie wissen, bezeichnen wir solche Störungen als functionelle. Sie können peripher oder im Centralorgane ihren Sitz haben.

Mit Gewebsveränderungen verlaufende krankhafte Vorgänge brauchen nicht nothwendig Störungen herbeizuführen. Es giebt in unserem Gebiet ausserordentlich viele geringfügige pathologische Veränderungen, die für den Patienten gar nichts zu bedeuten haben und nicht zur Erklärung von Beschwerden irgend welcher Art herangezogen werden können. Der Diagnostiker muss darüber genau Bescheid wissen.

Unsere verschiedenartigen und sehr leistungsfähigen Untersuchungsmethoden befähigen uns, die verschiedenen Störungen sehr genau zu beobachten und gestalten uns dadurch unser Fach besonders interessant. Denken Sie nur an die verschiedenen Störungen des Kau- und Schluckmechanismus, der Athmung, der Stimm- und Sprachbildung. Bei der Stimme erstreckt sich unser Gebiet nicht allein auf die durchschnittliche normale Leistung, sondern weit höher hinauf zu den höchsten Graden künstlerischer Bethätigung und ist immer noch Heilkunde.

Auch auf dem gesammten pathologischen Gebiet, seinem anatomischen sowohl wie seinem physiologischen Antheil, streben wir als Aerzte nicht ausschliesslich nach der Gewinnung allgemeiner Gesichtspunkte, sondern bewerthen das Individuelle besonders hoch. Ist doch jeder Kranke eine Persönlichkeit, welche von uns die Erkennung und Heilung ihrer persönlichen Leiden erhofft.

In klinischer Hinsicht treffen sich auf unserem Gebiet innere Medicin und Chirurgie. Es wäre müssig, darüber streiten zu wollen, welche von beiden mehr Einfluss auf unser Fach hat, denn mit beiden stehen wir in continuirlichem Connex. So muss ich auch im Unterricht immer auf beide zurückgreifen. Viele ihrer allgemeinen und eine grosse Reihe ihrer speciellen Errungenschaften kommen für uns in Frage, vor Allem das Elementare, Lungen, Herz, Nieren, Blut, Centralnervensystem Betreffende. Bei vielen

inneren Krankheiten interessirt es uns, zu beobachten, wie sie sich im Bereiche der Luftwege und der oberen Speisewege zu erkennen geben, welche Veränderungen, welche Störungen sie hier bedingen (acute Infectionskrankheiten, Tuberculose, Syphilis etc.).

Umgekehrt verfolgen wir die in unserem Gebiet beginnenden Leiden in ihrer Ausbreitung über den ganzen Organismus. Dabei lässt sich die Laryngo-Rhinologie keineswegs bedingungslos ins Schlepptau der inneren Medicin nehmen. Sie geht ihre eigenen Wege und sucht in ihrem Bezirk feiner zu unterscheiden und feiner herzuleiten, sowohl was die Krankheiten selber angeht, als auch namentlich, was sich auf deren Ursprung bezieht. Ausser mikrobiologischen spielen auf laryngo-rhinologischem Gebiet auch die mannigfaltigsten anderen Ursachen eine gewichtige Rolle. So zum Beispiel handelt es sich oft um feine traumatische Einwirkungen durch abnorme Bestandtheile der Inspirationsluft, die nur dadurch üble Folgen haben, dass sie immer und immer wieder die Schleimhaut treffen, durch die Summirung ihrer Wirkungen direct Schaden anrichten oder den Boden für Schädigungen anderer Art vorbereiten. Ein eigenartiges ätiologisches Moment bilden auch die sogenannten „Erkältungen". Sicherlich steckt eine Reihe von Infectionskrankheiten darunter, denn viele acute catarrhalische Affectionen sind übertragbar. Es bleibt aber eine grosse Zahl, die wir nur schwer erklären können und deren Zusammenhang mit einer starken Abkühlung nicht von der Hand gewiesen werden kann. Dem Allem nachzugehen, fördert nicht allein das Krankheitsverständniss, sondern ebnet auch den Weg zu einer wirksamen Therapie.

Wir müssen uns im intern-medicinischen Sinne mit unseren Patienten auch deswegen beschäftigen, weil Entstehung und Ablauf von Erkrankungen in unserem Gebiet und die Wirkung therapeutischer Maassnahmen sehr davon abhängig ist, ob der betreffende Organismus als normal bezeichnet werden darf oder ob er durch ererbte Eigenthümlichkeiten, erworbene Dispositionen, früher überstandene Krankheiten, Allgemeinleiden, Vorhandensein anderer acuter oder chronischer Krankheiten von der Norm abweicht. Besondere Beachtung verdienen stets Hämophilie, chronische Nephritis, Diabetes, Leukämie u. A.

Hinsichtlich der Chirurgie muss ich Sie darauf hinweisen, dass es namentlich die chirurgische Propädeutik ist, welche wir heutzutage in der Laryngo-Rhinologie viel betreiben. Durch Ihre Beschäftigung mit meinem Fach werden Sie in dieser Hinsicht mitgeschult werden. Wir werden auf allgemein-chirurgische Fragen einzugehen und uns mit der speciellen Chirurgie zu beschäftigen haben, besonders so weit es sich um Gebiete handelt, in welchen eine scharfe Trennung zwischen Chirurgie und

Laryngo-Rhinologie nicht durchführbar ist, wie z. B. bei den Tumoren verschiedenster Art der Umgebung der Luftwege und oberen Speisewege.

Auch in chirurgischer Hinsicht und namentlich, was specielle Diagnosen und Eingriffe angeht, hat mein Fach seinen eigenen Weg eingeschlagen und ist in vieler Hinsicht feiner und detaillirter geworden, als es allgemein verbreiteten chirurgischen Anschauungen entspricht. Gerade durch die specialistischen Bestrebungen wurde eine ganze Reihe von Affectionen heilbar, welche früher trotz vielfältiger Bemühung ungeheilt oder nur gebessert blieben.

Dass die moderne Laryngo-Rhinologie auch mit den übrigen Teilgebieten der Medicin, so insbesondere mit der Otologie, der Ophthalmologie, der Neurologie und Dermatologie und andern in inniger Beziehung steht, ist hinreichend bekannt. Kenntnisse, die Sie in dieser Richtung erworben haben, werden Ihnen bei meinem Unterricht von Nutzen sein und umgekehrt, was Sie bei mir lernen, werden Sie in jenen Wissenschaften nutzbringend verwerthen können. Ganz besonders möchte ich die innigen Wechselbeziehungen betonen, welche sich in neuester Zeit zwischen Rhinologie und Ophthalmologie ergeben haben. Es hat sich gezeigt, dass eine grosse Reihe von Augenaffectionen mit Veränderungen der Nasenschleimhaut oder der ihrer Nebenhöhlen oder mit dem Nasenrachen in Verbindung stehen und nur von da aus geheilt oder vortheilhaft beeinflusst werden können.

Die moderne Laryngo-Rhinologie arbeitet demnach fast mit der ganzen Medicin. Viele Fäden laufen zu ihr hin, viele gehen von ihr aus.

Dies alles ist aber gleichsam nur der Untergrund, auf dem wir zu bauen haben. Er muss uns helfen, im einzelnen Fall voranzukommen in Diagnose und Therapie. Ausserdem muss unser ganzer specieller Untersuchungsapparat in Thätigkeit treten und alles specielle Wissen herangeholt werden, um eine gerade vorliegende Krankheit richtig erkennen und verstehen zu helfen. Erst so kommen wir zu exacten und zu vollständigen Diagnosen. Erst so bringen wir in Erfahrung, was dem Patienten local und allgemein fehlt.

Reichlich ist Ihnen Gelegenheit gegeben, nicht allein Ihr Wissen, sondern auch Ihre Beobachtungsfähigkeit, Ihr logisches Denken und namentlich Ihre Kritik zu verwerthen und zu üben. Ausserdem kommt noch sehr in Betracht, ob Sie Sinn für das Praktische haben. Wer in praktischer Hinsicht nicht besonders veranlagt ist, sollte nicht danach streben, „praktischer Arzt" zu werden.

Trotz der grossen Fortschritte in neuerer Zeit ist die gesammte Medicin in vielfacher Hinsicht noch weit vom Ziele. Vieles schlummert noch hinter

Vorurtheilen verborgen. Es ist noch reichlich Gelegenheit gegeben, Schwierigkeiten zu überwinden und neue Wege zu bahnen. Zur Mitarbeit sind Sie freundlichst eingeladen.

Was das rhino-laryngologische Untersuchen im Speciellen angeht, so ist bekannt, dass an den Kranken und insbesondere an seine Selbstbeherrschung nicht minder grosse Anforderungen gestellt werden, wie an den untersuchenden Arzt. Es wäre verfehlt, von jedem Patienten vorauszusetzen, dass er über das von uns gewünschte Maass von Selbstbeherrschung verfügt. Auch darf man nicht vergessen, dass es ausser den physiologischen Abwehrreflexen, insbesondere denen localer Art, auch psychische Abwehrreflexe giebt, einen gewissen Zwang, gegen den der Patient nicht erfolgreich zu kämpfen vermag. Der Neuling verfällt dann leicht in dén Fehler, bei dem Kranken zu wenig guten Willen vorauszusetzen, wenn ihm eine Untersuchung nicht gleich gelingt. Er lässt sich dazu verführen, energisch vorgehen zu wollen. Davor möchte ich Sie ganz besonders warnen. Es gehört durchaus zu Ihren ärztlichen Aufgaben, mit dem einzelnen Kranken auf milde Weise fertig zu werden und doch, selbst unter den erschwerendsten Umständen, das Grösstmöglichste zu leisten.

Sie werden auf unserem Gebiet Gelegenheit haben, sich reichlich in der Geduld zu üben und Ihre manuellen Einwirkungen so leicht und schmerzlos wie möglich für den Patienten zu gestalten. Es ist unerlaubt, Schmerzen zu machen, wo sie leicht vermieden werden können. Die Patienten fürchten mit Recht die Aerzte, die eine schwere Hand haben und die rücksichtslos beim Untersuchen und Behandeln vorgehen. Man kann sich seine schwere Hand systematisch abgewöhnen. Man braucht nur die vielen unwillkürlichen und unnöthigen Muskelspannungen an Hand, Arm und Schulter aufzuheben, welche so häufig unsere Actionen begleiten. Es genügt, regelmässig die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt zu lenken.

Ganz besonders bitte ich Sie, meine Ermahnung bei der Untersuchung von Kindern zu beherzigen. Es muss Ihnen als ein Triumph Ihrer Kunst vorkommen, bei einem Kinde eine unserer Untersuchungen erfolgreich durchgeführt zu haben, ohne dass sich eine grosse Scene dabei entwickelte.

An die Untersuchung der Kinder muss man mit Liebe und warmem Interesse herangehen. Den Erfolg zeitigt oft nur besonderes Geschick und besondere Erfahrung. Es ist daher nöthig, bei Zeiten sich zu üben. Man soll sich bemühen, in den Anschauungskreis und die Denkweise der Kinder einzudringen, ihre verschiedenen Charaktere und das Milieu, in dem sie leben, studiren und Mittel und Wege suchen, durch liebevolles Entgegenkommen ihr Vertrauen zu erwerben. Alles Schmerzhafte ist thunlichst zu vermeiden.

Dasselbe, was ich für die Untersuchung gesagt habe, gilt auch für die Behandlung. Wer seine Fälle local und allgemein genau untersucht und hinreichend überdacht hat, der findet auch den rechten Weg zur Heilung oder wenigstens Besserung, wo sie möglich ist.

In Ihrer klinischen Lehrzeit mag es Ihnen so erscheinen, als wenn es nur darauf ankäme, die rechte Diagnose zu stellen, als wenn sich die richtige Therapie dann oft von selbst ergäbe. So schematisch verhält sich die Medicin in keinem Punkt. Auch in therapeutischer Hinsicht müssen wir fortgesetzt modificiren und alles den individuellen Verhältnissen des Kranken und der Krankheit anpassen. Der rechte Therapeut muss es sogar verstehen, fortgesetzt Therapie zu erfinden und therapeutische Probleme selbst zu lösen. Er wähle dabei stets einen einfachen und geraden Weg; halte sich fern von therapeutischer Vielgeschäftigkeit, welche immer Mangel an Kritik verräth. Er widerstehe der Flut neuer Medicamente und beschränke sich auf einfache wohl erprobte Mittel.

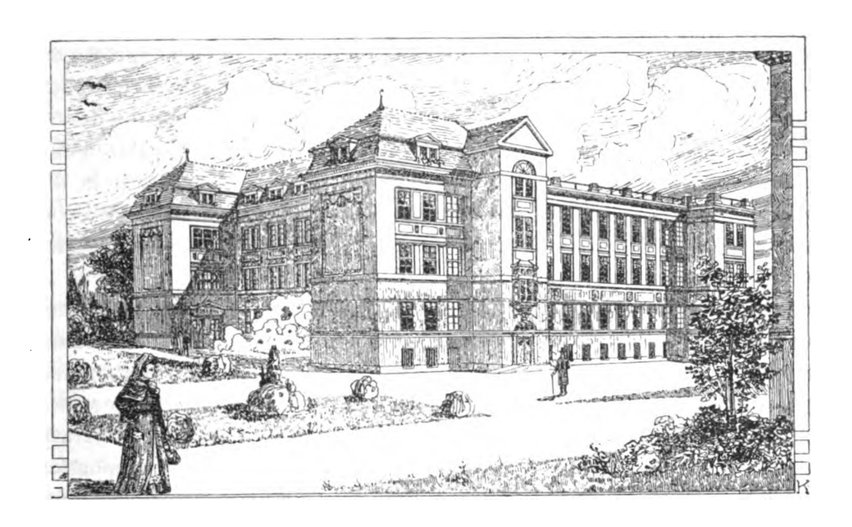
Einen besonderen Werth legt der gute Arzt auf die allgemeine und specielle Hygiene. Jede medicinische Disciplin wandelt in dieser Hinsicht ihre eigenen Wege. Es handelt sich erstens darum, bei vorhandener Krankheit alles kennen und vermeiden zu lehren, was den Ablauf derselben unvortheilhaft beeinflusst und zweitens in vorbeugendem Sinne zu wirken. Krankheiten, oder die Wiederholung von solchen, zu verhüten, ist und bleibt unsere vornehmste Aufgabe. Die besten hygienischen Grundsätze ergeben sich aus einem genauen Studium der allgemeinen und speciellen Aetiologie. Auch muss man ein helles Auge fürs praktische Leben haben und stets beobachten, was in gewissem Sinne schadet oder nützt. Ein guter Arzt gewinnt aus seiner täglichen Beobachtung und Erfahrung reife hygienische Grundsätze.

Er wird sich auch keineswegs auf das rein Körperliche beschränken sondern stets daneben psychische Therapie üben. Er wird nicht allein das Heilen, sondern auch das Trösten als seine Aufgabe betrachten. Er wird seine Kranken nicht als „Material" behandeln, sondern als Mitmenschen und ihnen nicht allein seine Verstandeskräfte zur Verfügung stellen, sondern auch sein Mitgefühl. Nur wer mitempfindet, kann rechten Trost spenden. Wie wohl thut es einem Leidenden, aus den Augen seines Arztes Mitleid strahlen zu sehen! — — —

So glaube ich, Ihnen gezeigt zu haben, dass die moderne Laryngo-Rhinologie und im Speciellen der Unterricht in diesem Fach für Sie von grossem Nutzen sein kann. Sie gewinnen dadurch nicht allein an Ausbildung in Laryngo-Rhinologie, sondern auch in der Gesammtmedicin. — Sie lernen in meiner Klinik für das Ganze, wie Sie bei dem Ganzen für meine Klinik lernen.

Man klagt darüber, die Medicin habe sich zu sehr zersplittert. Man stellt sich vor, die Specialitäten strebten divergent auseinander und entfernten sich immer mehr eine von der anderen. Wie einseitig ist eine solche Auffassung! Für andere Naturwissenschaften mag sie gelten. In der Medicin aber können die Specialitäten nicht über einen gewissen Grad auseinander. Mögen Sie noch so divergente Richtungen einschlagen, schliesslich finden sie sich doch immer wieder am Krankenbett zusammen. Ihre Objecte sind und bleiben ja immer nur Theile eines einheitlichen Organismus.

Es giebt aber noch ein anderes Centrum, in dem sich die divergenten Richtungen vereinigen, nämlich beim Medicin-Studirenden. Vom Morgen bis zum Abend wandert er von Klinik zu Klinik, von Vorlesung zu Vorlesung, von Kurs zu Kurs. Es mag wohl manchmal wunderlich in seinem Kopfe aussehen. Aber aus den vielen Einzelheiten kristallisirt nach und nach doch eine einheitliche Gesammtanschauung heraus. Alles Detail ordnet sich unter grosse einigende Gesichtspunkte. So ist die Specialisirung für den Unterricht nicht schädlich, sondern sie führt nur zu einem exacteren Gesammtbild. Die Wissenschaft aber braucht die Specialisirung zu ihrem Voranschreiten.



III. Die neue Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.

Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien.

Es war ein grosses Ereigniss, als im Jahre 1870 die erste Klinik für Laryngologie in Wien eröffnet wurde.

Zum ersten Male entstand zum Studium der jungen Specialität ein eigenes klinisches Institut. Das Verdienst, welches sich dadurch die österreichische Unterrichtsverwaltung erworben hat, kann nicht hoch genug veranschlagt werden. Wie bekannt erfolgte die Gründung dieser Klinik infolge der rastlosen Bemühungen Leopold Ritter von Schrötter's. Die zum Unterricht und zur weiteren Ausbildung der Specialität zur Verfügung stehenden Räume waren damals sehr klein und mangelhaft eingerichtet, sie enthielten je 1 Zimmer für 8 Männer und 8 Frauen. Der practische Unterricht wurde in einer Abtheilung des Männerzimmers ertheilt. Hinzu kam später noch ein kleines Zimmerchen für mikroskopische und chemische Untersuchungen. Und doch ging von dort ein grosser Fortschritt in der Diagnose und Therapie der Krankheiten der oberen Luftwege aus.

Als dann im Jahre 1890 von Schrötter die Leitung der dritten internen Klinik übernahm, wurden seinem Nachfolger, Professor Stoerk, andere, aber noch beschränktere Räume für die Klinik überlassen.

Diese Räume enthielten nur 19 Betten und zwar in einem grösseren Zimmer 10 Betten für Männer und 2 kleinere Zimmer für 9 Frauen. Ausserdem war ein mässig grosses Zimmer als Hörsaal bestimmt. Ein

ganz schmaler Gang von 13 m Länge, 2,34 m Breite und 3,50 m Höhe diente als Warteraum der ambulanten Patienten. In dem grösseren für 10 Patienten bestimmten Saale von 9 m Länge, 7,44 m Breite 3,50 m Höhe, welcher also nur 235 cbm Luftraum besass, war in der Mitte ein langer schmaler Tisch angebracht mit 16 Untersuchungsplätzen für die practischen Uebungen. Man kann sich vorstellen, welche Luft in diesem niedrigen, von 10 klinischen Patienten belegten und während der Uebungsstunden von 16 Hörern und mehr als 30 ambulanten Patienten überfüllten Raume zu finden war.

Ohnmachtsanfälle der Patienten gehörten zu den häufigen Erscheinungen. Es kam nicht selten vor, dass während der Unterrichtsstunden einer der klinischen Patienten schwere Zufälle bekam oder sogar im Sterben lag. — Nothdürftig musste dann für ihn durch spanische Wände eine gewisse Absonderung erreicht werden. Die so oft nothwendigen kleineren Operationen im Kehlkopf, Nase und Rachen, sowie auch Tracheotomien mussten in dem gewiss nicht reinen Hörsaal von 7,44 zu 4,68 m Grundfläche ausgeführt werden.

Als ich dann nach Stoerk's Tode im October 1899 die Leitung der Klinik übernahm, ging zunächst mein ganzes Bestreben dahin, diese unleidlichen, jeder Humanität spottenden Zustände zu beseitigen, und es gelang mir auch Dank dem Entgegenkommen der Unterrichtsbehörden die klinischen Räume von dem Gebiete der Ambulanten und von dem practischen Unterricht zu entlasten. Es hatten jetzt die oft sehr schwer leidenden klinischen Patienten Ruhe und wenigstens Raum zu athmen, da auf jeden Patienten 24—37 Kubikmeter Luftraum kamen.

Der bisherige Hörsaal wurde in 2 Räume getheilt, von denen der eine als Operationsraum diente, während der kleinere Theil als Dunkelzimmer für Durchleuchtung und zur Vornahme der ösophagoskopischen und der neu aufgekommenen bronchoskopischen Untersuchungen diente.

Für die ambulanten Patienten, für den practischen Unterricht in der Laryngo-Rhinoskopie, sowie auch für kleinere mikroskopische, bakteriologische und chemische Untersuchungen wurden die Räume des bisherigen Lesezimmers adaptirt, welche 30 sehr enge Plätze für die practischen Uebungen, einen kleinen Hörsaal und ein kleines Zimmer des Vorstandes enthielten.

Trotzdem erwiesen sich auch diese Räume bald als unzureichend und zwar namentlich wegen der nach der neuen Studienordnung auferlegten Verpflichtung, die Laryngo- und Rhinoskopie zu hören und sich practisch in diesen Untersuchungsmethoden auszubilden. Dieser Aufgabe konnte ich an der alten, wenn auch erweiterten Klinik kaum mit Erfolg nachkommen: deswegen fand sich auch die hohe Unterrichtsbehörde bereit, die neue

Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten zu errichten. Seit dem Jahre 1905 dauern die Arbeiten und jetzt endlich nach vielfachen ausserordentlich mühevollen Arbeiten ist es möglich geworden, die neue Klinik zu eröffnen.

Nach langjährigen und vielfachen Studien über die Aufgaben dieser Klinik musste man sich klar werden, dass sie zunächst den Anforderungen des Unterrichtes und der Entwicklung des Faches, sowie auch der Humanität und Hygiene genügen müsste. Darnach mussten die Räume für den Unterricht und für die Behandlung der ambulanten Patienten vollständig von den klinischen Räumen getrennt sein. Ausserdem musste in dem klinischen Trakte eine kleinere Anzahl von Betten für infectiöse Krankheiten wieder vollständig von den anderen Patienten abgesondert sein. Deshalb hat die neue Klinik drei Eingänge: Einen für die Studirenden und die ambulanten Patienten; einen, den Haupteingang, zunächst dem elektrischen Aufzug, der alle Stockwerke durchzieht und für den Transport von Kranken in den Betten eingerichtet ist, für die klinischen Patienten und deren Besucher und einen Eingang für die Infectionsabtheilung.

Die Infectionsabtheilung liegt im Parterre, enthält 7 Betten in 2 dreibettigen grösseren Zimmern und 1 Isolierzimmer, 1 Tagraum, 1 kleines Operationszimmer, 1 Dienstzimmer für den Arzt, 1 Wohnraum für 2 oder 3 Pflegerinnen und 3 Badezimmer. Diese Infectionsabtheilung liegt im Parterre und ist gegen das Stiegenhaus durch eine aus Eisen und Glas bestehende Thüre vollständig abgeschlossen. Wenn der diensthuende Arzt die Abtheilung verlässt, muss er ein Bad nehmen und vom Badezimmer direkt in den Stiegenraum austreten. Auf diese Weise sind der Arzt und die Pflegerinnen vollständig von den übrigen Bewohnern der Klinik isolirt.

Im ersten Stockwerke des klinischen Traktes sind 24 männliche Patienten untergebracht und zwar in 5 Zimmern mit höchstens 8 Betten. Davon ist eins als Isolierzimmer mit 1 Bett belegt. Der Luftraum für jeden Patienten beläuft sich auf 45 bis 60 cbm.

Ausserdem hat die Männerabtheilung einen grossen Tagraum, ein Badezimmer mit 2 Wannen und je ein kleines Dienstzimmer für den diensthuenden Arzt und die Pflegerin, dann eine Theeküche und einen Raum für Schmutzwäsche. Dieselbe Eintheilung besitzt der klinische Trakt des 2. Stockwerkes, die Frauenabtheilung.

Die Erwärmung erfolgt in den Krankenzimmern durch Warmwasserheizung, in den übrigen Räumen des ganzen Gebäudes durch Niederdruckdampfheizung. Das Dach der klinischen Abtheilung ist platt und ist zur Benützung für Liege-, Sonnen- und Lichtkuren bestimmt.

Der klinische Trakt bildet den von Ost nach West streichenden Flügel des ganzen Gebäudes. Senkrecht an diesen angefügt erhebt sich der Trakt,

welcher im Parterre die Räume für die Ambulanz und die Säle für den practischen Unterricht enthält. Im 1. Stockwerke dieses Traktes liegt der Hörsaal mit einer vorgelagerten Garderobe. Der Hörsaal ist durch eine breite Stiege von dem Eingange für die Ambulanten zu erreichen und nur für ca. 130 Hörer bestimmt, weil der Unterricht nach der eigenthümlichen Art des Faches nicht an mehr Hörer gleichzeitig ertheilt werden kann. Es handelt sich nämlich in meinem Fache nicht bloss darum, einen Patienten aus der Ferne vorzustellen und über ihn zu sprechen, sondern es muss nach der Vorstellung des Patienten unmittelbar daran anschliessend eine Demonstration der an den oberen Luftwegen dieses Patienten vorhandenen pathologischen Veränderungen vorgenommen werden. Das kann nur in der Weise geschehen, dass in einem unmittelbar neben dem Hörsaale gelegenen Raum oder in dem Hörsaale selbst das Innere der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes oder der Luftröhre einer kleinen Gruppe von Hörern demonstrirt wird. Diese Demonstration wird von mir oder meinen Assistenten vorgenommen, natürlich unter grösster Schonung des Patienten. Aber trotz aller Sorgfalt und Geschicklichkeit kann man keinen Patienten in dieser Weise mehr als höchstens 20 Hörern demonstriren, ohne ihn wirklich stark zu belästigen. Es muss also auch für die Vorlesungen die Zahl der Hörer beschränkt sein, wenn es auch bei dem reichen Materiale meiner Klinik möglich sein wird, gleichzeitig 4 oder 5 ähnliche Fälle den Zuhörern zu demonstriren. Diesen Demonstrationen am Patienten gehen Projectionen von laryngo-rhinoskopischen Bildern, von makro- und mikroskopischen pathologischen Präparaten voraus, welche mit Hilfe eines Projectionsapparates auf einen Aluminiumbronce-Schirm zur Ansicht gelangen. Selbstverständlich ist für diese Demonstrationen eine vollständige Verdunkelung des Hörsaales vorgesehen. Diese Vorlesungen finden nach dem Programm der Studienordnung im Wintersemester 2 Mal wöchentlich, im Sommersemester 3 Mal wöchentlich statt. Ausserdem besteht der Unterricht in practischen Uebungen in der Laryngo- und Rhinoskopie. Dazu ist im Parterre der Kurssaal bestimmt. In diesem befinden sich 28 logenartige Plätze, jeder mit einer eigenen Lampe und 2 Bechern für die Spiegel und Instrumente versehen. 1 Becher aus Papiermaché ist mit einer 1 : 1000 Sublimatlösung versehen. Zum Herausziehen der Zunge soll gewöhnlich der Patient sein eigenes Taschentuch benützen; ist das nicht angängig, so bekommt er kleine Leinentücher, welche aus Stoffresten hergestellt, nach der Verwendung vernichtet werden. Verunreinigte Instrumente und Spiegel sind in einen Drahtbecher zu bringen, welcher in eine Sterilisierungsvorrichtung in der Mitte des Saales eingelegt wird. Dort ist beständig siedendes Wasser enthalten, welches in wenigen Minuten das Instrument völlig sterilisiert. Spuckschalen befinden sich in jeder Loge. Ausserdem

sind an den Wänden mehrere Spucknäpfe angebracht, welche durch strömendes Wasser mit Hilfe eines Druckknopfes immer wieder gereinigt werden können. Endlich bekommt jeder der übenden Herren eine Instruktion über die Vorsichtsmassregeln, um jede Infection bei der Untersuchung zu vermeiden. Wenn man bedenkt, dass jeder Hörer in der Stunde 3 bis 4 Patienten in Kehlkopf, Rachen und Nase zu untersuchen hat, ferner, dass kein Patient öfter als 4 Mal ohne Belästigung untersucht werden kann, ferner, dass je 3 oder 4 Hörer bei diesen practischen Uebungen von einem Arzte der Klinik beobachtet und in jedem Handgriffe unterwiesen werden müssen, wird man wohl begreifen, dass man nicht mehr als 28 Hörer auf einmal practisch unterrichten kann. Es müssen daher die Hörer in Gruppen von je 28 eingetheilt werden, welche natürlich in der für den Unterricht bestimmten Zeit, nämlich im Wintersemester von 11 bis 12 Uhr, im Sommersemester von 8 Uhr 30 Minuten bis 9 Uhr 30 Minuten ihre Uebungen vorzunehmen suchen, und zwar an allen Wochentagen.

Den Räumen für die Untersuchung und Behandlung der ambulanten Patienten wurde besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Ambulanten sammeln sich in einem grossen Wartesaal und einem Teile des Ganges im Parterre des Gebäudes. Sie schreiben auf Karten ihre Generalia auf und werden dann von einem Assistenten untersucht, von einem eigenen Schreiber ins Protokoll eingetragen und entweder in das Kurszimmer gewiesen oder gleich der Behandlung zugeführt. — Die ambulatorische Behandlung der Patienten erfolgt in 2 kleineren Sälen (erste Abfertigung und zweite Abfertigung) von den Assistenten und subalternen Aerzten und in einem dritten Zimmer werden kleinere Operationen ambulatorisch ausgeführt.

Alle für die Ambulanz bestimmten Räume enthalten Spucknäpfe mit Wasserspülung, dann bei jedem Untersuchungsplatz eine Spuckschale in einer beweglichen Gabel; ausserdem findet man an den 15 zur Behandlung ambulatorischer Patienten eingerichteten Plätzen einen Sterilisator mit automatischer Wasserversorgung und Dampfableitung, ein Waschbecken mit Sublimatlösung, eine ausziehbare Schreibplatte, mehrere Laden für Instrumente und Stellagen für Medikamente.

Zur Reinigung der Trinkgläser dient ein automatischer Spülapparat mit einem Drucke von mehreren Atmosphären. Besonders hervorzuheben sind 2 Apparate für Nasenspülungen, welche direkt an die Warm- und Kaltwasserleitung angeschlossen sind. Eine Mischvorrichtung ermöglicht die Temperierung des Spülwassers je nach Bedarf.

Neben dem Warteraum befindet sich ein Inhalatorium und ein kleines Zimmerchen für die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane.

Ferner sollen kleinere operative Eingriffe in Kehlkopf, Nase und

Rachen von mir oder meinen Assistenten für Gruppen von beiläufig 20 Hörern in der letzten Viertelstunde der praktischen Uebungen oder der Vorlesungsstunde vorgenommen werden.

Endlich habe ich auch die Absicht Gruppen von beiläufig 10 Hörern zu grösseren Operationen einzuladen, welche in den Operationssälen ausgeführt werden. Natürlich erfolgen diese Operationen ausser der Zeit der Vorlesungen und der praktischen Uebungen entweder zeitig morgens oder nach 12 Uhr. Es sind damit Tracheotomien, Laryngotomien, partielle und totale Exstirpationen des Larynx und Pharyngotomien, dann äussere Operationen an den Nebenhöhlen der Nase, sei es wegen Eiterungen oder wegen Neubildungen, gemeint. Auf diese Weise dürfte es mir gelingen in klagloser Weise in das für die Praxis so wichtige Spezialfach einzuführen.

Zur Durchleuchtung der Nebenhöhlen, zur Oesophagoskopie und zu der directen Untersuchung der Luftröhre und Bronchien nach Killian ist ein eigenes Dunkelzimmer, ebenfalls im Parterre gelegen, eingerichtet. In der Mitte des Zimmers befindet sich ein Stuhl, welcher durch einen einfachen Fussdruck gehoben werden kann und sich durch Auslösung eines Hebels langsam senkt. — Durch zweckmässige, bewegliche Kopf-, Rücken- und Fussstützen kann der Patient aus der sitzenden in die liegende Stellung oder umgekehrt gebracht werden. — Es ist diese freie passive Beweglichkeit des Patienten von grosser Bedeutung für die Bronchoskopie und Oesophagoskopie, weil die Einführung des Rohres in sitzender Stellung viel leichter und angenehmer für den Patienten gelingt. Für die über 40 cm langen Röhren und Zangen ist ein entsprechend geräumiger Sterilisierungsapparat vorhanden. Waschtische, dann Büchsen für sterile Tupfer und Vorrichtungen für die endotracheale Narkose vervollständigen die Einrichtung Anschliessend an dieses Dunkelzimmer befindet sich ein Zimmer zur Vornahme der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, welche namentlich wichtige Dienste bei der Diagnose von Fremdkörpern in den tieferen Luft- und Speisewegen leisten. Es ist ferner bekannt, dass für die Diagnose von Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase, von Veränderungen von Herz und Lungen, dann von Geschwülsten der Hypophyse in dieser Art von Strahlen mit Hilfe der Photographie das wichtigste diagnostische Hilfsmittel besteht. — Auch diese Untersuchungen sollen den Studierenden gruppenweise demonstrirt werden.

In dem ersten Stockwerke des Nordsüdtraktes befindet sich der eine Operationssaal mit zweckmässiger elektrischer Beleuchtung (4 Deckenlampen mit je 600 Kerzenstärke) und mit einer von der Decke herunterhängenden elektrischen Leitung, welche zu einem elektrischen Reflector führt. Der Operateur, der diesen Reflector trägt, kann seinen Kopf immer

frei bewegen. Es ist diese Art der Beleuchtung mit einem elektrischen Stirnreflector von der grössten Bedeutung für die Operationen in den Höhlen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Dem Operationssaal ist ein Narkose- und ein Verbandzimmer vorgelagert. Längs des Ganges des ersten Stockwerkes befindet sich ein Laboratorium für mikroskopische, bakteriologische und chemische Untersuchungen, dann ein Dienerzimmer, das Zimmer des Vorstandes, ein Handmuseum und eine kleine Bibliothek ganz in der Nähe des Hörsaales.

Im zweiten Stockwerke liegt ein ebenso wie im ersten eingerichteter Operationssaal mit dem grossen Fenster nach Norden und längs des Ganges befinden sich die Wohnungen der 3 klinischen Assistenten. Dann ein grosser Raum für die Sammlungen und ein Bibliotheksraum nebst Badezimmer für die Aerzte. In der Mansarde dieses Traktes sind die Wohnungen der Pflegerinnen untergebracht, welche ausserdem noch über einen gemeinschaftlichen Speiseraum, Tageraum und ein Bad verfügen.

Im Keller liegt der Maschinenraum für 4 Dampfkessel für die Wasser- und Dampfheizung, von welcher die Rohre zu diesen Leitungen gesondert abgehen; ausserdem in einem kleinen Raume eine Maschine zur Erzeugung der Druckluft, welche für die Inhalationsapparate verwendet wird. Diese Druckluftleitungen durchziehen den ganzen klinischen Trakt, den Raum für die Ambulanten und gehen ausserdem zu einem kleinen Zimmer neben dem Ambulatorium. — In diesem Zimmer befinden sich Zerstäubungsapparate, teils für wässrige, teils für ölige Flüssigkeiten. Ebenso sind in den meisten Krankenzimmern Auslässe für die Druckluft vorhanden, an welche die Zerstäubungsapparate mit leichter Mühe angebracht werden können. Im Keller liegen ausserdem noch ein Raum für Tierversuche, ein Raum für reine Wäsche, einer für Schmutzwäsche und verschiedene andere Vorratsräume.

IV. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **P. Pieniazek. Historischer Rückblick auf den Antheil, welcher in der chirurgischen Therapie des Larynx und der Trachea die Krakauer Schule, namentlich auch Prof. Pieniazek und dessen Schüler im Laufe der letzten 50 Jahre genommen. (Rozwój metod badania i leczenia chirurgicznego krtani, tchawicy i oskrzeli; wspólndzial w nim szkoly Krakowskiej i „Przegladu Lekarskiego" w ciagu 50 lat.)** *Przeglad Lekarski. No. 28. 1911.*

Verf. resümirt in einer ausführlichen Arbeit, welche in einer Festschrift anlässlich des 50jährigen Jubiläums der Krakauer Zeitschrift „Przeglad Lekarski" erschienen ist, die sämmtlichen Arbeiten, die besonders vom Verfasser selbst

speciell in der Frage der Therapie der Stenosen des Larynx und Trachea scleromatischen Ursprungs seiner Zeit in der genannten Zeitschrift publicirt waren.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Lehrreiche Beispiele von Fehldiagnosen der eigenen Praxis auf dem Gebiete der Tuberculose der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 45. S. 825. 1911.*

Vortrag, gehalten auf dem Congress des Vereins deutscher Laryngologen in Frankfurt 1911.

OPPIKOFER.

3) **C. Ganowicz. Ueber seltenere Formen der Rachen- und Kehlkopflues.** *Dissert. München 1909.*

Fall 1. Bei der 39 Jahre alten Obstverkäuferin trat während einer Mahlzeit ganz unerwartet Tod durch Erstickung ein infolge eines durch einen Speisepfropf hervorgerufenen vollständigen Verschlusses des Rachens und Kehlkopfeinganges bei hochgradiger luetischer Narbenstenose des Schlundringes.

Fall 2. Es handelte sich bei dem 37 Jahre alten Maurer um eine ausgedehnte gummöse, gangränöse Zerstörung des Zungengrundes, des Pharynx und des Nasenrachenraumes sowie des Larynxeinganges, Freiliegen des Os hyoideum. Jodkali, 10proc. Jodipineinspritzungen, Quecksilber waren ohne Erfolg. Gastrostomie. Tod an Inanition. — Abbildung der 2 Präparate.

OPPIKOFER.

4) **O. Seifert** (Würzburg). **Ueber Pemphigus.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 403. 1911.*

S. erinnert vorerst an die in der Literatur bekannten Fälle von primärem Pemphigus der Schleimhäute, die kürzere oder längere Zeit ohne Mitbetheiligung der äusseren Haut bestanden hatten (z. B. Fall von Sachsalber 27 Jahre, Fall von Seifert 12 Jahre). Die Prognose des Schleimhautpemphigus wird von den verschiedenen Autoren verschieden, meist ungünstig gestellt. Ausnahmsweise kann aber der Schleimhautpemphigus spontan vollständig ausheilen. So hat S. bei der 36 Jahre alten Frau eines Collegen Pemphigusblasen im Munde, im Rachen und am Kehlkopfeingang längere Zeit beobachtet, die nun seit 9 Jahren weggeblieben sind.

Spärlich sind unsere Kenntnisse über das Auftreten des Pemphigus in der Nasenschleimhaut. S. teilt die Krankengeschichten von 3 solchen Fällen mit: Blasen und dann membranöse Auflagerungen an der knorpeligen Nasenscheidewand, an den Muscheln, im Nasenrachenraum; allmähliche Atrophie der unteren Muscheln.

Nach den reichen Erfahrungen des Autors, der nicht nur Rhino-Laryngologe, sondern auch Dermatologe ist, bringen alle die für die Allgemeinbehandlung des Pemphigus empfohlenen Mittel keinen Erfolg; so war auch in den 3 Fällen, deren Krankengeschichten in der Arbeit kurz mitgetheilt werden, auch das Chinin ohne günstige Wirkung. Zur Localbehandlung des Mundschleimhautpemphigus empfiehlt Verf. sorgfältige Mundpflege und schmerzstillende Mittel, bei Pemphigus der Nasenrachenschleimhaut Ausspülungen mit physiologischer Kochsalzlösung und, wenn nöthig, gegen die Krustenbildung 10proc. Wismuthpaste, bei Pemphigus der

Kehlkopfschleimhaut Einträufelung von schmerzstillenden Mitteln und Betupfen des Kehlkopfeinganges mit der von S. als „Blaulösung" bezeichneten wässrigen Methylenblau-Methylviolctlösung.

OPPIKOFER.

5) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Ueber Lepra.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1910.*

Die obersten Luftwege sind bekanntlich besonders hervorragende Localisationsstätten der leprösen Erkrankung; in vielen, nach der Ansicht mancher Leprologen sogar in allen Fällen befinden sich in Nase oder Rachen die leprösen Primäraffecte. Man sollte deshalb meinen, dass ein Schriftsteller, der es unternimmt, eine Monographie über die Pathologie und Therapie der Lepra abzufassen, sich über die lepröse Erkrankung der obersten Luftwege sorgfältig orientiren werde. — Dieses scheint W. Ebstein aber verabsäumt zu haben. Denn wie aus den dankenswerthen kritischen Bemerkungen Gerber's hervorgeht, ist das, was Ebstein über das fragliche Thema verlauten lässt, mehr als oberflächlich und dürftig. — Zum Schluss seiner Mittheilung reproducirt Gerber ein wenig bekanntes Marburger Bild aus dem Legendenkreis der heiligen Elisabeth, das sich auf die Lepra bezieht.

ZARNIKO.

6) **Kerl. Ein Fall von Lepra.** (Wiener dermatologische Gesellschaft, Sitzung vom 23. November 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1911.*

Neben typischen Veränderungen der übrigen Haut zeigt die Nase sich an ihrer Wurzel verbreitert, an ihrer Spitze knopfartig gewulstet. An der Mundschleimhaut und im Kehlkopfe zahlreiche Resultate. Bacillenbefund im Nasensecret und Speichel positiv. Wassermann'sche Reaction positiv.

O. CHIARI.

7) **John W. Ducker. Noch ein Fall von Sklerom der oberen Luftwege. (Another case of scleroma of the upper air passages.)** *The Laryngoscope. December 1910.*

Die Erkrankung betraf Nase, Kehlkopf und Trachea. Es gelang sehr leicht, eine Reincultur des Frisch'schen Bacillus auf Agar zu erhalten. Pat. wurde mit Injectionen einer Auto-Vaccine behandelt. Die Behandlung war zur Zeit der Publication noch nicht abgeschlossen.

EMIL MAYER.

8) **Walter C. Cramp. Chronischer Rotz beim Menschen. Bericht über einen Fall. (Chronic glanders in man; report of a case.)** *Journal American Medical Association. 13. Mai 1911.*

Auf folgende Punkte macht Verf. besonders bei seinem Fall aufmerksam.

Es bestanden multiple Abscesse an den Extremitäten, was immer verdächtig ist; denn Robin hat nachgewiesen, dass dies in 80 pCt. der Rotzfälle der Fall ist. Im vorliegenden Fall hatte keine Berührung mit Pferden stattgefunden; ein Ausgangspunkt für die Infection war nicht auffindbar. Es bestand keine Absonderung aus der Nase. Pat. wurde unter Anwendung von Vaccineinjectionen anscheinend geheilt; jedoch traten nach 6 Wochen wieder Symptome auf. Im Sputum wurden keine Bacillen gefunden. Dass es sich wirklich um Rotz handelte, wurde durch

den Bacillennachweis und die Reaction auf die Vaccineinjectionen erwiesen. Zur Zeit der Publication war Pat. augenscheinlich geheilt.

EMIL MAYER.

9) **Gunnar Holmgren** (Stockholm). **Ueber directe Laryngoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Om direkt Laryngoskopi, Broncheskopi och Oesophagoskopi.)** *Allmännes Svenska Läkartidningen. 1911.*

Nach einer kürzeren historischen Darstellung der Entwickelung dieser Untersuchungsmethoden beschreibt Verf. das Instrumentarium von Killian-Brünings und illustrirt dessen Anwendung durch 11 eigene Fälle. Sonst nichts Neues.

E. STANGENBERG.

10) **E. Schmiegelow. Entfernung von Fremdkörpern aus den Lungen und der Speiseröhre durch directe Broncho-Oesophagoskopie. (Fiornelse af fremmede Segemer fra Lungen og Speiseröret ved direkte Broncho-Oesophagoscopi.)** *Hospitalstidende. No. 1. 1911.*

Verf. berichtet von 2 Fällen von Fremdkörpern in den Lungen, 1 Fall in der Luftröhre und 6 Fällen in der Speiseröhre. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um eine Bohne und ein Schweinsknöchelchen. Die Bohne lag im rechten Bronchus. Beim Versuche, sie zu entfernen, löste sich die Bohne von der Zange und wurde in den linken Bronchus gesogen, woraus sie dann in einer neuen Sitzung entfernt wurde. Der Fremdkörper in der Trachea war eine Gräte, die sich bei den Extractionsversuchen löste und in die Nähe der Bifurcation hinabfiel, von wo sie leicht entfernt wurde.

Die 6 Fremdkörper, die in die Speiseröhre gekommen waren, waren 1 Knöchelchen eines Ochsenschwanzes, 1 Münze, 1 Gummiring, 1 Kückenknochen, 1 Stück Fleisch und 1 Flötenknopf.

E. MAHLER.

11) **Sternberg. Zur Casuistik der Fremdkörper im Respirations- und Verdauungstract.** (Aerztlicher Verein in Brünn, Sitzung vom 19. December 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 14. 1911.*

Pflaumenkern im rechten Hauptbronchus bei einem 7jährigen Mädchen. Knochenstück im rechten Hauptbronchus mit grossem Decubitalgeschwür. 4 cm langes dreieckiges Glasstück in einem mit Jauche gefüllten Cavum neben dem Oesophagus mit Perforation des letzteren; eitrige Mediastinitis. Verstopfung des Rachens und Kehlkopfeinganges durch einen mächtigen Bissen.

HANSZEL.

12) **S. Yankauer** (New-York). **Die pharyngeale Tubenmündung mit Beschreibung eines Speculums und anderer Instrumente zur directen Untersuchung und Behandlung derselben.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 361. 1911.*

Y. hat unabhängig von Gyergyai auf directem Wege den Retronasalraum, speciell die Tubenöffnungen, untersucht. Das Instrument, ein röhrenförmiger Gaumenheber, ist abgebildet; es wird in sitzender Stellung des Patienten und bei möglichst zurückgebogenem Kopf eingeführt und zur Beleuchtung der gewöhnliche Stirnspiegel benutzt.

OPPIKOFER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **W. Eulberg. Die Beziehungen der Rhinitis atrophica zu den Erkrankungen der Luftwege.** *Dissert. Heidelberg 1909.*

Verf. weist an Hand eines statistischen Materials aus der Heidelberger Klinik (Prof. Jurasz) darauf hin, dass bei der Rhinitis atrophica häufig Pharynx, Larynx, Trachea und Lungen secundär erkranken. Es soll deshalb bei allen Erkrankungen der oberen Luftwege die rhinoskopische Untersuchung nicht vernachlässigt werden.

OPPIKOFER.

14) **E. P. Friedrich** (Kiel). **Rhinitis sicca postoperativa.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 463. 1911.*

F. weist an Hand einiger typischer Krankengeschichten auf den grossen Schaden hin, der dem Patienten bei tiefgehender galvanokaustischer Verschorfung oder bei Resection der unteren Muschel, bei ausgedehnter Knochenentfernung im Bereiche der mittleren Muschel und des Siebbeines — durch das Entstehen einer lästigen, trockenen Rhinitis oder Rhinopharyngitis — erwächst. Verf. warnt deshalb vor den kritiklosen und zu radicalen Eingriffen.

OPPIKOFER.

15) **Dannehl** (Frankfurt a. M.). **Zur Behandlung des Nasenkatarrhs.** *Medic. Klinik. No. 40. 1911.*

Als therapeutische Variante empfiehlt Verf. methodische Athemübungen, die zur regelmässigen Secretentleerung, zur allmählichen Abschwellung der Schleimhaut und zur Hebung des verlangsamten Blutumlaufes in ihr führen sollen.

SEIFERT.

16) **Ronald Herdman. Pfeffermünzöl bei Coryza. (Peppermint oil in coryza.)** *British Medical Journal. 8. Juli 1911.*

Verf. lässt Pfeffermünzöl über der Flamme verdunsten und inhaliren Es soll dies mehrere Stunden lang fortgesetzt werden.

A. J. WRIGHT.

17) **M. Bresgen** (Wiesbaden). **Die Schleimhautverschwellung des Naseninnern und ihre Dauerheilung unter hauptsächlicher Anwendung der Elektrolyse mit langen Nadeln, nebst Hinweisen auf die Befreiung des Nasenluftweges überhaupt.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 4. S. 439. .911.*

Vorliegende Arbeit ist im Wesentlichen ein Referat über frühere Arbeiten desselben Autors über denselben Gegenstand. B. betrachtet sein Elektrolyse-Verfahren als die wirksamste und schonendste Behandlungsweise zur Beseitigung von Schleimhautschwellungen des Naseninnern, namentlich auch bei Kindern. Die Indicationen und das Verfahren werden eingehend besprochen.

OPPIKOFER.

18) **J. W. Jervey. Syphilitische Hypertrophie der unteren Muscheln. (Syphilitic hypertrophy of the inferior turbinates.)** *Journal American Medical Association. 22. April 1191.*

Verf. beschreibt einen Fall. Diese Affection ist durch keinerlei locale Maassnahmen zu beeinflussen, geht aber sicher nach Hg-Anwendung zurück.

EMIL MAYER.



19) **L. Rabotnow** (Moskau). **Ueber submucöse Behandlung von Muschelhypertrophie.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 137. 1911.*

R. hat bei 30 Patienten mit Hypertrophie der unteren Muscheln die submucöse Behandlung nach Linhart (The Laryngoscope, February 1908) angewandt: Schnitt von oben nach unten, vor dem hypertrophischen oder geschwollenen Theil der unteren Muschel; dann mit lanzettartigem Messer, dünnem Raspatorium, keilförmigem Messer submucöses Ablösen der Schleimhaut vom Knochen und „Zerstörung des Periostes und des cavernösen Plexus". Zum Schlusse Tamponade zwischen unterer Muschel und Nasenscheidewand während zwei Tagen, wodurch die an Schleimhaut und Knochenhaut gesetzten Wundflächen zusammengedrückt werden.

R. rühmt diese Methode; doch geht aus dem Beobachtungsmaterial des Verf.'s hervor, dass mit der Methode von Linhart eigentlich nur bei der Rhinitis vasomotoria rasche Heilung erzielt wurde, während bei den eigentlichen Schleimhauthypertrophien, die also auf Cocain nicht zurückgingen, der Erfolg ausblieb und später doch noch zu Scheere und Schlinge gegriffen werden musste.

OPPIKOFER.

20) **Samuel Mc. Cullagh. Epithelialer Tumor der mittleren Muschel. (Epithelial tumor of the middle turbinate.)** *The Laryngoscope. Januar 1911.*

Es fand sich in der linken Nase eine dieselbe ganz ausfüllende polypoide Masse; sie hing von der mittleren Muschel herab und reichte bis auf den Nasenboden. Das Septum war nach rechts verbogen. Der Tumor wurde mit der Schlinge in zwei Portionen entfernt. Sehr starke Blutung, die die Tamponade nöthig machte.

EMIL MAYER.

21) **D. v. Navratil** (Budapest). **Sollen wir nach endonasalen Eingriffen tamponiren?** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 177. 1911.*

N. tamponirt mit Gaze, in die er Mikulicz'sche Lapissalbe eingerieben hat.

OPPIKOFER.

22) **L. Polyàk** (Budapest). **Ueber gleichzeitige bilaterale Nasenoperationen und deren Nachbehandlung.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 293. 1911.*

Die Nasenoperationen sind im Krankenhause auszuführen; dann kann bei sofortiger Bettruhe die Tamponade weggelassen und dürfen auch grössere bilaterale Eingriffe in der gleichen Sitzung absolvirt werden. An der Wunde wird nichts gemacht, keine Aetzungen, kein Spray, keine Einblasungen pulverförmiger Substanzen. Der Vorschlag von Denker, nicht einmal einen Wattepfropf in die Nasenöffnungen einzulegen, erscheint scheinbar unwesentlich, bedeutet aber nach den neueren Erfahrungen von P. einen wesentlichen Fortschritt in der Nachbehandlung der Nasenoperationen; die Blutung ist noch geringer und die Nasenathmung sofort nach der Operation frei.

OPPIKOFER.

23) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur Sensibilitätsprüfung der Nasenschleimhaut.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1911.*

Das neue Instrumentchen zur Prüfung des intranasalen Kitzelgefühls („Knizo-

meter“) besteht aus einer Trommel für die Garnrolle und einem winklig daran sitzenden feinen Röhrchen, durch das der Faden hindurchgeleitet wird. Das freie Ende wird 6 mm lang abgeschnitten und zur Prüfung benutzt. (Lieferant R. Fischer, Freiburg i. B.)

ZARNIKO.

24) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur Lehre von den nasalen Reflexneurosen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1910.*

Voraussetzung für das Zustandekommen pathologischer Nasenreflexe ist eine Hyperästhesie der Nasenschleimhaut. Will man über diese Klarheit gewinnen, so braucht man ein Mittel, um die Sensibilität der Nasenschleimhaut (Kitzel und Schmerz) zu prüfen. Verf. benutzt zur Prüfung der Kitzelempfindung eine feine Sonde, über deren Spitze ein 7 mm langes Fädchen von Baumwollengarn (Brook No. 100) hinausragt. Diese Sonde wird unter leichtem Druck (ca. 6 mg) über die zu untersuchende Schleimhautstelle hingeführt. Am empfindlichsten zeigten sich die von Killian sogenannten „vier Punkte“, d. h. die Stellen vorn über dem vorderen Ende der unteren Muschel und die Tubercula septi. „Normalfadenreizung“ der empfindlichen Stellen löst bei normalen Individuen wohl Niesreiz, aber kein Niesen aus. Tritt Niesen ein, so ist Hyperästhesie vorhanden. Diese kommt nach der Annahme des Verf.'s durch häufige Einwirkung pathologischer Reizungen zu Stande, sie wechselt nach Tagen und Jahreszeiten in ihrer Stärke.

Treten zur Hyperästhesie störende Reflexe, so spricht man von Reflexneurosen. Verf. theilt diese ein in ethmoidale, sphenoidale und olfactorische. Die häufigsten Ethmoidalneurosen (vergl. darüber auch des Verf.'s Vortrag auf der Dresdener Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen, 1910) sind „vasomotorische Rhinitis, Heuschnupfen und mit beiden in Beziehung stehendes Asthma, ferner Parästhesien im Gebiete der äusseren Nase, der Stirn, des Auges, Nasenröthe mit und ohne Hautschwellungen etc.“. Im sphenoidalen Gebiete werden besonders Husten- und Asthma-Anfälle ausgelöst (diese ohne auffallende Erscheinungen von Niesen, vasomotorischer Rhinitis und Heuschnupfen). Von der Geruchsschleimhaut können vasomotorische Rhinitis, Heuschnupfen und Asthma hervorgerufen werden.

Die locale Therapie wird durch den Ort der Auslösung bestimmt. Aetzung der vier Punkte, Resection des Ethmoidalis von aussen oder Durchschneidung von der Nasenhöhle her (Killian) sind erfolgverheissende Eingriffe. Auch der N. sphenopalatinus lässt sich intranasal durchschneiden, die überempfindlichen Schleimhautstellen an der unteren Muschel oder dem Septum können excidirt werden. Im Olfactoriusgebiet „wären leicht und oberflächlich schädigende Substanzen, deren es ja genug giebt, zu versuchen“.

ZARNIKO.

25) **Neumayer** (München). **Behandlung des Asthma nasale durch Nervenresection.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 303. 1911.*

N. hat bei 5 Fällen von Asthma die Resection der Nervi ethmoidales anteriores ausgeführt. Selbstverständlich wurden Fälle von Asthma ausgesucht, die einen nasalen Ursprung des Asthmas annehmen liessen. Der Gang der Operation, die Resection der Nerven am Foramen ethmoidale anterius, wird kurz beschrieben und

als nicht besonders schwierig bezeichnet. Um störende Blutungen zu vermeiden, ist es empfehlenswerth, nicht nur den Nerven, sondern auch die mit dem Nerven laufenden Gefässe, also das ganze Gefäss-Nervenbündel, zu unterbinden.

Nach der Operation war in all den 5 Fällen die Sensibilität im Bereiche der vorderen oberen Theile der Nasenscheidewand und im Bereiche des vorderen Endes der mittleren Muschel deutlich herabgesetzt, aber nicht vollkommen aufgehoben. Eine Veränderung in der Secretion konnte nicht constatirt werden, und wurde eine solche auch vom Patienten nicht bemerkt. Der Niesreflex war nicht erloschen.

Bei den 2 ersten Fällen hörten die schweren asthmatischen Anfälle nach der Resection sofort auf. Erst nach 2 Jahren traten während kurzer Zeit wieder einzelne Anfälle ein. Da die Sensibilitätsstörung im Gebiete der Nervi ethmoidales sich jetzt wieder bedeutend gebessert hat, so liegt die Annahme nahe, dass der resecirte Nerv sich regenerirt hat. Mit Rücksicht auf spätere Recidive dürfte sich deshalb die Evulsion des peripheren Nervenstückes empfehlen. Bei dem 5. Fall — doch sind seit der Operation erst einige Monate verflossen — war das Resultat ebenfalls ein günstiges, während bei dem 3. und 4. Patienten die Operation keinen Erfolg brachte. Bei diesen 2 letzten Fällen war im Gegensatz zu den anderen 3 Fällen das Cocainexperiment negativ ausgefallen und die Operation nur versucht worden, weil regelmässig zur Zeit des Asthmaanfalles lebhafte Beschwerden von Seiten der Nase (Schwellung und Niesanfälle) bestanden. Die 5 Krankengeschichten werden mitgetheilt.

OPPIKOFER.

26) **Koblanck** (Berlin). **Zur nasalen Behandlung der Herzneurose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. 1910.*

Selbstbericht eines anonymen Collegen, der ausser an einer leichten Aortenklappeninsufficienz an äusserst quälenden Sensationen (Präcordialangst, Gefühl von Stillstehen des Herzens, gefolgt von enormem Herzjagen, Schmerz und Druckgefühl in der Brust nach dem Rücken hin, Schmerz und Kribbeln in Armen und Händen), ferner an bedeutender Pulsarrhythmie litt. Diese nervösen Störungen traten in immer häufiger wiederkehrenden Anfällen auf und brachten den Pat. der Verzweiflung nahe. Alle zunächst dagegen angewandten Mittel (Diät, Uebungstherapie, kohlensaure Bäder, Medicamente) ohne Erfolg. Erst die intranasale Behandlung (Beseitigung von Nasenpolypen, Aetzung und Elektrolyse der Koblanck-schen Septumstelle), die Pat., angeregt durch die Arbeit Koblanck's in der Deutschen med. Wochenschr., 1908, No. 24, an sich vornehmen liess, führte zur Beseitigung der subjectiven und zu wesentlicher Besserung der objectiven Störungen.

ZARNIKO.

27) **W. Ebstein** (Göttingen). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 43. 1910.*

Nach einer referirenden Einleitung, in der neuere grundlegende Arbeiten (z. B. die Dunbar's und seiner Schüler) nicht erwähnt sind, berichtet Verf., dass der Bonner Physiologe Prof. Verworn auf seine Anregung hin ein prophylaktisches Verfahren ausgearbeitet habe, das ihn sicher vor seinem sehr quälenden Heufieber schütze. Es besteht darin, dass V., bevor er sich zur Heufieberzeit ins Freie be-

giebt, seine Nase innen mit „Bormelin" (= Bor-Menthol-Vaselin) einfettet und ein häufig zu wechselndes, lose gezupftes Wattebäuschchen als Filter in den Naseneingang legt. (Das von V. gebrauchte Wort „Heuschnupfer" findet Ref. fürchterlich. Es bedeutet doch einen Menschen, der Heu schnupft. Uebrigens könnte man ähnlich „der Maserer", „der Scharlacher" etc. bilden!)

ZARNIKO.

28) **J. Broeckaert** (Gent). **Nasale Neuralgie.** *Nederl. Tijschr. v. Geneeskunde. Bd. I. p. 1296. 1911.*

Für hartnäckige Fälle nasaler Neuralgie empfiehlt B. die Ausreissung der beiden sensiblen Nasennerven: Nn. nasales internus et externus. Er beschreibt, wie man die beiden Nerven im inneren oberen Winkel der Augenhöhle auffindet. Er hat die Ausreissung in 4 Fällen angewandt und sah von derselben nur sehr zufriedenstellende Resultate.

H. BURGER.

29) **L. Noon. Prophylactische Impfungen gegen Heufieber. (Prophylactic inoculation against hay fever.)** *Lancet. 10. Juni 1911.*

Ein wässeriger nach der Dunbar'schen Methode zubereiteter Extract der Pollen von Phleum pratense wurde angewandt. Die aus $^1/_{1000}$ mg der Pollen extrahirte Toxinmenge wurde als Standardeinheit genommen. Die Resistenz der Individuen wurde gemessen durch die Menge Toxin, die nöthig war, eine Conjunctivalreaction herbeizuführen. Bei normalen Individuen wurde keine Reaction hervorgerufen mit weniger als 20000 Einheiten pro Cubikcentimeter. Von den Heufieberpatienten reagirte der am wenigsten sensitive schon auf 70 Einheiten. Es erwies sich als möglich, die Resistenz des Patienten mindestens um das 100fache zu steigern, jedoch hatte zur Zeit der Publication die Heufiebersaison noch nicht begonnen, so dass man noch nicht über den klinischen Erfolg entscheiden konnte. Es fand sich, dass die Injectionen sehr wirksam waren, indem sie die Resistenz vermehrten; das Toxin muss in kleinen Dosen, zuerst in 7tägigen und später, wenn die Dosis steigt, in 14tägigen Intervallen, gegeben werden. Eine „negative Phase" fand sich unmittelbar nach einer Injection, besonders im Anfang der Behandlung.

A. J. WRIGHT.

30) **J. Freeman. Weitere Betrachtungen über Heufieberbehandlung mittels subcutaner Injectionen von Pollenvaccine. (Further observations on the treatment of hay fever by hypodermic inoculations of pollen vaccine.)** *Lancet. 11. September 1911.*

Der Artikel schliesst sich an den von Noon an (conf. vorhergehendes Referat), der ein wässeriges Extract der Pollen von Phleum pratense injicirt. Freeman hat seine Versuche aufgenommen und giebt die Resultate, die er in 20 Fällen erzielt hat, in diesem Artikel wieder.

In allen Fällen wurde erst die Conjunctivalreaction gemacht und nur solche Fälle, die reagirten, wurden behandelt. Das Maass der Toleranz gegenüber der Vaccine wurde dadurch ausprobirt, dass man die schwächste Lösung des Pollenextracts ausfindig machte, von der ein Tropfen in den Conjunctivalsack geträufelt. eine schwache Röthung im inneren Augenwinkel bewirkte. Es fand sich, dass

durch die Vaccineinjectionen der Grad der Toleranz bei dem Patienten sich sehr steigern liess.

Was das klinische Resultat betrifft, so zeigte sich, dass, obwohl dieses Jahr für Heufieber sehr schlecht war, dass die Patienten sehr gebessert, in einigen Fällen von ihren Beschwerden völlig befreit wurden.

Die Anfangsdosis bestand in $^1/_3$ ccm derjenigen Lösung, die grade noch eine Conjunctivalreaction gab. Die folgenden Dosen waren ungefähr halb so gross als die vorhergehenden und wurden in wöchentlichen oder 10 tägigen Intervallen gegeben.

Das Präparat ist von Parke, Davis u. Co. in den Handel gebracht.

A. J. WRIGHT.

31) **Edwin Blos** (Karlsruhe). **Erfolge der operativen Heufieberbehandlung durch Resection des N. ethmoidalis anterior.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. 1910.*

Die drei vom Verf. in der Deutsch. med. Wochenschr. 1909. No. 34 publicirten Fälle sind im Jahre 1910 vom Heufieber verschont geblieben. Schilderung der Technik der Operation.

ZARNIKO.

32) **Tapia. Schnelles und einfaches Verfahren, um die Oberkieferhöhle weit vom unteren Nasengang zu eröffnen. (Procedimiento rápido y sencillo para abrir el seno maxilar por el meato inferior.)** *Revista espanola de laringologia. März-April 1911.*

Beschreibung und Abbildung einer nach drei Seiten schneidenden Scheere und Auseinandersetzung der Technik.

TAPIA.

33) **Somerville Hastings. Die Wahl der Operation bei Antrumeiterung. (The choice of operation in antral suppuration.)** *Archives of the Middlesex Hospital. April 1911.*

Verf. ist Anhänger der intranasalen Eröffnung in jedem Fall; er beschreibt und bildet ab einen Bohrer zur Erweiterung der Oeffnung.

A. J. WRIGHT.

34) **C. J. Koenig. Chronische Oberkieferhöhleneiterung dentalen Ursprungs. (Chronic purulent maxillary sinusitis of dental origin.)** *The Laryngoscope. Mai 1911.*

Die Besserung begann erst nach der 15. Ausspülung durch die Alveolaröffnung; nach 25 Ausspülungen Heilung.

EMIL MAYER.

35) **Thomas Chew Worthington. Acute und chronische Entzündungen der Oberkieferhöhle. (Acute and chronic inflammation of the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. Mai 1911.*

Die Durchleuchtung ist sehr unzuverlässig; Röntgenaufnahmen führen oft zu Missverständnissen. Tic douloureux ist oft mit Antrumempyem vergesellschaftet: die Erklärung besteht darin, dass in vielen Fällen der zweite Ast des Trigeminus und die Lage des Meckel'schen Ganglion innerhalb der Zone der Sinuserkrankung liegen. In jedem Fall von Argwohn auf Antrumempyem soll die Höhle breit eröffnet werden. Wenn man wegen chronischer langdauernder Siebbeinzellen-

eiterung operirt, so soll in der Regel die Oberkieferhöhle primär miteröffnet werden. Bei der Oberkieferoperation ist es gewöhnlich nicht nöthig, die untere Muschel zu opfern. EMIL MAYER.

36) **de Reynier** (Leysin). **Ein Fall kryptogener Infection bei einer Tuberculösen durch ein latentes Empyem des Sinus maxillaris. (Un cas d'infection cryptogénique par empyème latent du sinus maxillaire chez une tuberculeuse pulmonaire.)** (Gesellschaft der Aerzte in Leysin.) *Revue médicale de la Suisse romande. No. 5. 1911.*

Eine 22jährige Phthisica, die schon früher operativ von Maxillarsinusempyem befreit worden war, schien anfänglich den Aerzten eines Sanatorium in Leysin an fieberhafter Lungentuberculose zu leiden. Dann wurde vom Verf. einseitige Kieferhöhleneiterung entdeckt, die dentalen Ursprungs war und auf diesem Wege behandelt wurde, so dass die fieberhaft erscheinende Lungentuberculose sich als eine leichtere fieberlose Form entpuppte — quae historia docet —. Hier anschliessend möchte unterzeichneter Referent eines eigenen Falles Erwähnung thun, der mehrfach als Lungenspitzentuberkulose diagnosticirt worden war, der aber nur durch beständig verschluckten Eiter einer continuirlich überfliessenden Oberkiefereiterung stark heruntergekommen war. Entdeckung und operative Heilung des ebenfalls dentalen Empyems beseitigte die Pseudophthise in wenigen Wochen.

JONQUIÈRE.

37) **T. Sarai. Beitrag zur operativen Behandlung der Sinusitis maxill. chron.** *Vortrag in der XI. Versammlung der Japanischen chirurg. Gesellsch. 1910.*

Verf. ist gegen die Auskratzung der totalen Höhlenschleimhaut und empfiehlt eine intranasale Eröffnung vom unteren Nasengang aus, möglichst vorn, aber ohne Conchotomia inferior. Man entschliesse sich zu dieser Operation erst dann, wenn über zehnmalige Ausspülungen nicht helfen. INO KUBO.

38) **E. Kronenberg** (Solingen). **Ueber üble Zufälle bei der Anbohrung der Oberkieferhöhle und deren Verhütung.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 285. 1911.*

Verf. sah mehrmals bei der Kieferhöhlenpunction im Momente des Durchpressens von Luft ein Emphysem der Wange auftreten oder bei der Kieferhöhlenspülung Spülflüssigkeit ausserhalb der Kieferhöhle in das Gewebe eindringen. Aber nur einmal war die Störung ernsterer Natur; bei der probatorischen Ausspülung Widerstand und sofortige Klage über Schmerz. Leichte Infiltration in der Infraorbitalgegend; rasches Zunehmen der Schwellung in den nächsten Tagen, Fieber bis 39,5 und Frösteln. Am 4. Tage Durchbrechen von fötidem Eiter aus der Wange in den Mund. Völlige Abschwellung und normale Färbung der Haut erst nach Wochen.

Abbildung einer neuen Punctionscanüle, zu beziehen bei Pfau-Berlin. Die Spitze der Canüle ist abgebogen und, um bequemer in der Hand zu liegen, mit einem kehlkopfspiegelähnlichen Griff versehen. An ein und denselben Griff passen Canülen verschiedener Form und Dicke. OPPIKOFER.

39) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvar, Ungarn). **Eine neue Methode und Instrument zur Durchleuchtung der Kieferhöhle, des Mittelohres und der Orbita.** *Orvosi Helilap. No. 35. 1911.*

Verf. hat eine Lampe construirt, welche bei geringer Anästhesirung in den Nasenrachen (1), über die Choanen in dem hintersten Teile der Nase (2) und für das Ohr an dem Punkte der Rosenmüller'schen Grube, wo die knorpelige Tube in die knöcherne übergeht (3), eingeführt wird. Auf diese Weise kann die Kieferhöhle von hinten, durch die dünnste (mediale) Wand derartig durchleuchtet werden, dass ihre ganze vordere, theils auch die laterale Wand röthlich durchscheint. Ausserdem beleuchten die das Siebbein passirenden Strahlen den inneren Augenwinkel und die Pupille.

POLYAK.

40) **v. Navratil** (Budapest). **Double courant-Probepunctions-Troikart zur Spülung des Sinus maxillaris.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 24. H. 2. 1911.*

Empfehlung eines neuen Instrumentes. 4 Textfiguren.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

c. Mundrachenhöhle.

41) **H. H. Kerr** und **H. H. Hazen. Epitheliom der Oberlippe bei einem reinen Neger. (Epithelioma of the upper lip in a pure negro.)** *Journal Cutaneous Diseases. New-York. June 1911.*

Verff. haben in der Literatur keinen Fall von Oberlippenkrebs bei einem reinen Neger gefunden. Sie beschreiben einen solchen Fall; es handelte sich um ein typisches Plattenzellencarcinom.

EMIL MAYER.

42) **F. Genschmer. Die Carcinome der Mundhöhlen- und Zungenschleimhaut auf der Basis der Leukoplakie. Die Prognose und ihre „Prophylaxe".** *Dissert. Leipzig 1909.*

Fall von Wangenkrebs auf leukoplakischer Grundlage: Operation; Recidiv, Tod an Pneumonie.

Bei Patienten mit Leukoplakie ist das Rauchen für immer zu verbieten. Besteht Verdacht auf Lues, so ist es empfehlenswerth, vorsichtig eine antisyphilitische Cur einzuleiten; doch bringt dieselbe fast ausnahmslos keine sichtbare Besserung. Auch wenn keine subjectiven Beschwerden bestehen und Anhaltspunkte für eine bevorstehende krebsige Umwandlung fehlen, so ist doch vorsichtiger die Excision der Plaques in Localanästhesie oder bei grossen Leukoplakien die Zerstörung mit dem Paquelin.

OPPIKOFER.

43) **Trümper** (Witten a. Ruhr). **Dermoide des Mundbodens und ihre Genese.** *Wiener klin. Rundschau. No. 38 u. 39. 1911.*

Während sich die eigentlichen Dermoide des Mundbodens nur entwicklungsgeschichtlich erklären lassen, stellen die Ranulageschwülste lediglich Retentionscysten dar. Die Therapie soll stets in der radicalen Entfernung bestehen.

HANSZEL.

44) **Elmar L. Kenyon. Grosses Lipom des Laryngo-Pharynx; Entfernung unter Cocain. (A large lipoma of the Laryngopharynx. Removal extraorally under cocain.)** *Journal American Medical Journal. 17. Juni 1911.*

Der Tumor konnte an der hinteren und rechten seitlichen Pharynxwand gesehen werden, wenn man die Zunge niederdrückte. Sein oberer Rand reichte, wenn der weiche Gaumen in Ruhe war, bis zur Basis der Uvula. Seine untere Portion reichte bis dicht oberhalb der Aryknorpel. Die Geschwulst erwies sich als ein eingekapseltes Lipom, das oberflächlich in der Fascie unter der Schleimhaut lag. Es gelang leicht, den Tumor aus seiner Kapsel auszuschälen.

EMIL MAYER.

45) **E. Oppikofer** (Basel). **Ueber die behaarten Rachenpolypen.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 347. 1911.*

Der behaarte Rachenpolyp ging bei dem 2 Jahre alten Mädchen vom Rachendach aus und wurde zufällig, hinter dem Velum herunterhängend, entdeckt und mit der kalten Schlinge abgetragen. Er war 3,5 cm lang und 1,5 cm breit, von weisser, glatter Oberfläche. Die mikroskopische Untersuchung ergab aussen Haut mit Lanugohaaren, Talg- und Schweissdrüsen und innen Fettgewebe; Knorpel und quergestreifte Musculatur waren nicht nachweisbar. — Zusammenstellung der Literatur: 40 Fälle.

OPPIKOFER.

46) **Gezes** und **Torrini. Mikroskopische Untersuchungen über die Entwickelung des Leptothrix buccalis mit Bezug auf Angina mycotica. (Recherches microscopiques au sujet du développement du leptothrix buccalis dans les cas de mykosis.)** *Revue hebdom. No. 36. 1911.*

Aus dem Umstande, dass die Autoren in allen Fällen von Pharyngomycosis den Leptothrix buccalis unter und im Epithelium des ergriffenen adenoiden Gewebes gefunden haben, ziehen sie den Schluss, dass er auch der ursächliche Erreger dieser Krankheit ist. Auf die Idee, dass dieser Schimmelpilz nur ein Miether, nicht aber der Besitzer seines Wohnortes ist, lassen sie sich gar nicht ein. Mit dieser Meinung von der mykotischen Aetiologie dieser Krankheit stehen unsere Autoren sicher nicht allein da. Dafür aber dürfte ihnen kaum jemand ihre Hypothese streitig machen, dass möglicher Weise die Infection vom Huhne auf den Menschen sich überträgt. Nicht neu aber jedenfalls übertrieben und nicht im Einklang mit der Belästigung, die die Krankheit dem Patienten verursacht, ist die Behandlung, die die Autoren, beide Schüler von Moure, empfehlen. Sie besteht in einem ausgiebigem Abtragen der ergriffenen Partien mit nachfolgender Aetzung mit Chlorzink ($^1/_{30}$) und Pinselungen mit Lugol'scher Lösung. Wenn dies nicht genügt, so muss adenotomirt und amygdalotomirt werden. Dabei ist nicht zu vergessen, dass die Krankheit früher oder später spontan verschwindet.

LAUTMANN.

47) **Harold Hays. Acute Tonsillitis und ihre Behandlung. (Acute amygdalitis and its treatment.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1911.*

Verf. empfiehlt eine 50proc. Argentumlösung, die er in folgender Weise anwendet: Der Hals wird erst mit einer antiseptischen alkalischen Lösung aus-

gesprayt, um den Schleim zu lösen. Dann wird mit einer 1 proc. Cocain-Adrenalinlösung nochmals besonders die Tonsillengegend besprayt. Schliesslich werden die Tonsillen mit reinem Cocain gepinselt. Nach einigen Minuten wird in jede Lacunaröffnung etwas 50proc. Argentumlösung applicirt, indem man den Applicator 10—15 Secunden darin stecken lässt. Der Pat. wird angewiesen, den Hals öfter mit einer 50proc. Wasserstoffsuperoxydlösung auszuspritzen. In der Regel ist der Pat. nach 24 Stunden gesund.

EMIL MAYER.

48) **Wladimiroff** (Moskau). **Zur Frage über die Scharlachvaccination und Anginen.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 56. 1911.*

Empfehlung der Gabritschewsky'schen Methode der subcutanen Einführung von Scharlachvaccine (abgetödtete Scharlachstreptokokken) zur Prophylaxe des Scharlachs.

SEIFERT.

49) **Gerber** (Königsberg). **Unser Wissen und Nichtwissen von der Plaut-Vincent'schen Angina.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 321. 1911.*

G. setzt kurz die Gründe auseinander, die dafür sprechen, dass es sich bei der Angina Vincenti um zwei verschiedene, nicht zusammengehörige Mikroorganismen handelt und nicht etwa nur um verschiedene Entwickelungsstadien ein und derselben Art. Neben dem Bac. fusiformis finden sich Spirochäten und nicht Spirillen, wie oft fälschlicher Weise geschrieben wird. Dass die Spirochäten bei dem Zustandekommen der ulceromembranösen Angina eine wichtige Rolle spielen, dafür sprechen nicht nur die Untersuchungen von Veszprémi und Paul, sondern auch die klinische Erfahrung; denn diese lehrt, dass durch ein exquisites Spirochätenmittel, wie das Salvarsan, eine ulcero-membranöse Angina heilen kann. Welche der verschiedenen Mundspirochäten bei der Angina Vincenti vorliegt, wissen wir heute noch nicht; höchst wahrscheinlich handelt es sich aber nicht um eine besondere Spirochätenart. Eine ganze Reihe der membranösulcerösen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle sind spirochätofusiformer Natur, und die Plaut-Vincent'sche Angina stellt nur eine besondere klinische Form aus dieser Reihe vor, denen allen das gleiche bakteriologische Bild gemeinsam ist.

OPPIKOFER.

50) **Dodin. Ueber die Behandlung peritonsillärer Abscesse. (O letschenii peritonsilljarnych abszessow.)** *Jeshemesjatschnik. p. 163. 1911.*

Verf. beleuchtet kritisch die verschiedenen Eröffnungsmethoden der Peritonsillärabscesse und kommt zum Schluss, dass die Eröffnung der Fossa supratonsillaris das rationellste Verfahren ist. Dieselbe nimmt Verf. mit einem Péan vor.

P. HELLAT.

51) **J. W. Mc. Connell. Anästhesie und Blutstillung bei Mandeloperationen. (Anesthesia and Haemostasis in tonsil operations.)** *Charlotte Medical Journal. Januar 1911.*

Bei Erwachsenen soll die Tonsillectomie stets nur im Krankenhaus vorgenommen werden. Für allgemeine Narkose soll Aether angewandt werden und zwar am besten in Rose'scher Lage. Am besten ist jedoch 10proc. Cocain und reine

Carbolsäure. Chinin. mur. + Harnstoff hat dem Verf. gute Resultate gegeben. Als bestes Mittel gegen Blutung empfiehlt sich, alle blutenden Gefässe zu unterbinden.

EMIL MAYER.

52) **J. S. Fraser. Die Gaumentonsillen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Enucleation. (The faucial tonsils with special reference to their enucleation.)** *Edinburgh Medical Journal. Juli 1911.*

Der Artikel stellt eine allgemeine Uebersicht über Anatomie, Physiologie, Pathologie und die Methoden der Operation dar. Verf. zieht beim Erwachsenen die Enucleation unter Localanästhesie vor.

A. J. WRIGHT.

53) **Russ. Wood. Ueber die Evisceration der Tonsillen. (On evisceration of the tonsils.)** *Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. September 1911.*

Verf. hat diese Methode in 700 Fällen in Abwechslung mit der Enucleation angewandt. In Lachgasnarkose wird eine Portion jeder Tonsille mit der Guillotine abgetragen, dann mit dem Zeigefinger der rechten Hand die Tonsille ausgelöst, indem man von oben nach unten vorgeht und mit der linken Hand von aussen her gegendrückt.

Verf. behauptet, dass diese Methode sich durch Mangel an Blutung auszeichne.

A. J. WRIGHT.

54) **Mann** (Dresden). **Die Technik der Mandelexstirpation.** *Klinisch-therapeutische Wochenschrift. No. 38. 1911.*

In Localanästhesie und bei nüchternem Magen des Patienten exstirpirte M. 450 Tonsillen radical resp. total — der Autor operirt vorzugsweise mit dem Scalpell und der Scheere —, muss in Folge dessen häufig zwecks Blutstillung Umstechungen vornehmen.

HANSZEL.

55) **C. J. Koenig. Morbus Basedow nach Entfernung der Gaumentonsille. (Removal of the faucial tonsils followed by Basedow's disease.)** *N. Y. Medical Journal. 24. December 1910.*

Es ist sehr schwer, im vorliegenden Fall zu sagen, ob irgend ein causaler Zusammenhang besteht zwischen der Exstirpation der Mandeln und dem Auftreten des Basedow. Am wahrscheinlichsten ist die vom Verf. geäusserte Ansicht, dass die mannigfachen Halsbeschwerden, über die Pat. klagte, bereits Vorläufer des Basedow waren.

EMIL MAYER.

56) **August L. Beck. Ein verbessertes Pharyngoskop. (An improved Pharyngoscope.)** *N. N. Medical Record. 17. September 1910.*

Das modificirte Pharyngoskop ist kleiner; das Teleskop hat einen weiteren Durchmesser; es hat keinen Handgriff. Verf. giebt Regeln, wie man das reflectorische Würgen der Patienten nach Möglichkeit verhüten kann.

EMIL MAYER.

57) **Garel** (Lyon). **Dilatator für die Hypopharyngoskopie. (Ecarteur pour l'hypopharyngoscopie.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 40. 1911.*

Ein solches Instrument ist heute allerdings nicht mehr nothwendig. Das von Saul angegebene ist eine Art Dilatationszange, die sich auf Druck öffnet. Inter-

essant ist, dass das Instrument nach Garel's Angabe schon seiner Zeit in fast ähnlicher Form von Semeleder und Stoerk zur Hypopharyngoskopie und oberen Oesophagoskopie benutzt worden ist.

LAUTMANN.

d. Diphtherie und Croup.

58) P. Schou. **Etwas über Diphtherie mit anderer Localisation als Nasen-, Schlund- und Respirationstractus. (Lidt om difteri med anden lokalisation end naese, sorelg og respirationstraktus.)** *Tidsskrift for den Norske Laegeforening. No. 1. 1911.*

Verf. meint, dass es zweifellos sei, dass eine Anzahl Diphtheriefälle vorkommen, die nicht erkannt oder gar nicht behandelt werden, und man könne davon ausgehen, dass nach diesen Mittelohreiterungen kämen. Diese seien dann selbstverständlich mit Diphtheriebacillen complicirt. Er ist der Ansicht, dass es sich verlohnen könne, regelmässige Untersuchungen in dieser Richtung anzustellen. Denn wenn dies richtig sei, so sei es klar, dass diese Individuen in hohem Grade zur Ausbreitung der Diphtherie beitrügen. Wenn man bedenkt, dass der Ausfluss in gewissen Fällen so stark sei, dass der Gehörgang beständig fliesse, so könne man geneigt sein, diese Patienten für ebenso gefährlich zu halten wie die mit Nasendiphtherie.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

59) Tscheboksorow. **Ueber den Einfluss des Diphtherietoxins auf die Ausscheidung von Adrenalin (Nebennieren). (O wlijami difterii nawo tokcina na otdelenie nadnotschetschnakomi adrenalina.)** *R. Wratsch. p. 966. 1911.*

Die Ausscheidung der Nebennieren wird nach den Versuchen von F. Anfangs durch Diphtherietoxin vermehrt, um später zu erlahmen.

P. HELLAT.

60) Borykin und Maikow. **Ueber den curativen Werth des Antidiphtherieserums. (O letschenych dostometwach protiwodifterinou syworotal.)** *R. Wratsch. p. 1265. 1911.*

Auf Grundlage theoretischer Calculationen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Beurtheilung der Wirkungsfähigkeit des Antidiphtherieserums sich nicht mehr auf den Gehalt an Antitoxinen, als vielmehr auf die Wirkung an Laboratoriumsthieren sich stützen muss.

P. HELLAT.

61) W. Pulawski. **Ueber Serumtherapie bei Rachendiphtherie auf Grund 16jähriger Beobachtung. (O reinjekcji surowicy przeciwbloniczej na zasadzie danych, otrzymanych w ciagu lat szesnastu z praktyki wlasnej.** *Przeglad Lekarski. No. 31 u. 32. 1911.*

Es wurden im Ganzen 760 Fälle von Diphtherie des Rachenlarynx und der Nase derartiger Therapie unterworfen. In 60 Fällen wurden Injectionen mehrmals in der Frist von einigen Monaten bis Jahren bei dem nämlichen Individuum wiederholt. Z. B. wurde einmal die Serotherapie 4 Mal vorgenommen (1886, 1902, 1906, 1908).

Im Allgemeinen waren die Heilresultate sehr günstig ausgefallen.

Niemals wurden vom Verf. ernste Complicationen infolge Seruminjection beobachtet.

A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Collet. Practische Resultate des bakteriologischen Untersuchung beim Croup. (Résultats pratiques de l'examen bactériologique dans le croup.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXVII. No. 7.*

Es genügt nicht die Diagnose auf Diphtheritis-Croup auszuschliessen, wenn die bakteriologische Untersuchung des Rachensecretes auf Abwesenheit des Löffler'schen Bacillus schliesst. Hierzu ist noch nothwendig, dass das Kehlkopfsecret entweder direct untersucht, nach dem Vorgange von Escat, oder eventuell von den Intubationstuben geimpft, ebenfalls frei ist von Diphtheriebacillen. Praktisch ergiebt sich daher die Schlussfolgerung in klinisch auf Croup verdächtigen Fällen, sich nicht an die bakteriologische Untersuchung zu halten, sondern sofort zu injiciren. In 26 Fällen des Autors sprach die einfache Untersuchung des Pharynxsecretes gegen Diphtheritis, während die weitere Entwicklung der Fälle und die Untersuchung des Larynxsecretes das Bestehen einer solchen nachwies. Man erkennt auch wie sehr die Zahl der scheinbaren „einfachen" Pseudocroupfälle auf diese Weise sinken dürfte!

LAUTMANN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

63) **A. Iwanoff** (Moskau). **Ueber die Sensibilität des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. Laryngol. Bd. 4. S. 145. 1911.*

Der Grund, weshalb bei Untersuchung der Sensibilität des Kehlkopfes sich verschiedenen Autoren oft widersprechende Resultate ergeben, liegt nach Verf. in der Ungenauigkeit der Untersuchungsmethoden und in der Unklarheit des Begriffes „Sensibilität des Kehlkopfes". Verf. bespricht nun die Physiologie der Sensibilität des Kehlkopfes. Im Kehlkopf sind 4 Arten von Empfindungen zu unterscheiden: Tast-, Schmerz-, Temperatur- und Reflexempfindung. Diese Empfindungen werden nun einzeln besprochen. Was die Tastempfindung anbelangt, so wird dieselbe nicht an allen Stellen des Kehlkopfes gleich empfunden; die feinste Sensibilität besitzt die Hinterwand, die geringste die aryepiglottischen Falten und die Aryknorpel. Das Localisationsvermögen, also die genauere Bestimmung der Berührungsstellen, ist im Kehlkopf sehr schwach entwickelt. Ebenfalls verschieden ist an verschiedenen Stellen des Kehlkopfes der Grad der Schmerzempfindung, und ergiebt die Untersuchung ähnliche Resultate wie bei der Tastempfindung. Betreffend der Temperaturempfindung ist zu bemerken, dass eine Temperatur von 25—35° C. vom Kehlkopf weder als Wärme noch als Kälte empfunden wird; eine Temperatur über 35° wird als Wärme, unter 25° als Kälte empfunden. Bei einer Temperatur von ungefähr 25—35° ist der Kehlkopf im Stande den Unterschied von 1° zu empfinden.

Da unter der Empfindlichkeit des Kehlkopfes nicht nur seine Reflexerregbarkeit verstanden werden darf, so ist zur Untersuchung der Sensibilität die Berührung mit der Sonde nicht genügend. Zür Prüfung der Tastempfindung benutzt Verf. einen feinen weichen Haarpinsel und nicht die Metallsonde, da letztere auch andere Arten der Empfindung (Schmerz-, Temperaturempfindung) hervorrufen kann, und Berührungen mit einer solchen Sonde nicht als leise, zarte angesehen

werden können. Die Schmerzempfindung prüft er mit einer dünnen, nadelförmig zugespitzten Kehlkopfsonde und die Temperaturempfindung nicht mit einer erwärmten Sonde, die ihre Temperatur rasch wieder verliert, sondern mit einer Sonde, an der eine Metallolive befestigt ist. Bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen, bei Nervosität oder mangelhafter Intelligenz des Untersuchten ist die Sensibilitätsprüfung unmöglich.

Zum Schluss bekämpft Verf. Prof. Massei's Ansichten über die Sensibilität des Kehlkopfes.

OPPIKOFER.

64) **Iwanow. Ueber die Empfindlichkeit des Kehlkopfes. (O tschuwstwitelnosti gortani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 399. 1911.*

Verf. differencirt die verschiedenen Empfindungsarten des Kehlkopfes und giebt die Methoden der Untersuchung an. Zum Schluss wird ein wenig gegen Prof. Massei polemisirt.

P. HELLAT.

65) **A. Onodi** (Budapest). **Der Verlauf sensibler Nervenfasern des Kehlkopfes.** (Ungar. Acad. der Wissensch., Sitzung vom 16. October 1911.) *Orvosi Hetilap. No. 43. 1911.*

Aus Verfassers Experimenten lassen sich folgende Thatsachen feststellen:

1. Bei dem Menschen verbinden sich die Fasern des L. superior auf dem Gebiete des Kehlkopfes mit dem L. inferior, sie gehen über die Mittellinie, verbinden sich bei der Kreuzung wieder und verlaufen auf der entgegengesetzten Seite weiter.

2. In dem Grenzbündel des Sympathicus verläuft durch Vermittlung der Rr. communicantes der grösste Theil der cerebrospinalen Nervenbündel aufwärts am Halse und der oberen Brustgegend und nur ein kleiner Theil verläuft abwärts; ganz entgegengesetzt zu den Verhältnissen in der Brust- und Bauchhöhle. Diese cerebrospinalen Bündel gehen als periphere Nervenbündel durch Vermittlung des N. sympathicus zu verschiedenen Organen.

3. Der obere und der untere Kehlkopfnerv besitzt eine regelmässige Sympathicus-Verbindung; ferner steht das isolirte Respirationsbündel des L. inferior in inniger Verbindung mit dem Sympathicus und den Herznerven; das isolirte Phonationsbündel zeigt in geringerem Maasse ähnliche Verbindungen. Nach Ausschaltung des unteren und oberen Kehlkopfnerven stammen die in dem Stamme und Endigungen des L. inferior nachgewiesenen intacten Nervenfasern entweder von den Sympathicus-Verbindungen, oder durch Vermittlung der Verbindungen auf dem Gebiete des Kehlkopfes von dem contralateralen L. superior. Es folgt hieraus, dass die gefundenen cerebrospinalen Nervenbündel auf dem Wege der Rr. communicantes und der Rr. cardiaci in den Stamm des unteren Kehlkopfnerven gelangen. Dieser Ursprung besitzt mehr Wahrscheinlichkeit, obzwar das Gelangen der contralateralen Faserbündel in die Bahn des L. inferior auch nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

POLYAK.

66) **B. Freystadtl** (Budapest). **Kehlkopfkopflähmung in zwei Fällen von Erkrankung der Medulla oblongata und das Semon'sche Gesetz.** *Orvosi Hetilap. No. 28. 1911.*

Fall I. Syringomyelie, Parese des rechten M. posticus, welche später in

totale Paralyse des Muskels übergeht. Diese Paralyse bleibt aber nicht bestehen, sondern bildet sich allmählich zurück und die Stimmlippe bewegt sich wieder frei. Später wird dieselbe Seite nochmals paretisch.

Fall II. Syringobulbie. Rechtsseitige Posticuslähmung, welche später in eine Recurrenslähmung übergeht und im weiteren Verlaufe sich mit einer linksseitigen Posticusparese complicirt.

In den verlaufenen dreissig Jahren, seit wir das Semon'sche Gesetz besitzen, ist kein einziger Fall beobachtet worden, welcher das Gesetz mit Sicherheit zu stürzen vermochte; im Gegentheil spricht die wachsende Zahl der klinischen Beobachtungen für die Richtigkeit des Semon'schen Gesetzes.

POLYAK.

67) **Mertens** (Berlin). **Zur Behandlung von Folgezuständen doppelseitiger Recurrensschädigung.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 96. H. 1. 1911.*

Bei einer an Struma leidenden Patientin kam es infolge Läsion beider N. recurrentes zu einer Larynxstenose durch straffe Spannung der dicht an der Mittellinie stehenden Stimmbänder. In der Annahme, dass es sich um eine secundäre Contraction der M. cricothyreoidei handle, wurde der Ramus externus vom N. laryng. superior resecirt, die Muskelspannung löste sich, Patientin konnte die Canüle entbehren.

SEIFERT.

68) **Ebstein** (Leipzig). **Ueber ein ungewöhnliches Syndrom der Tetanie beim Erwachsenen.** *Med. Klinik. No. 39. 1911.*

Bei dem 31 jährigen Kranken waren die erst subacuten (tetanoiden), später acuten Erscheinungen der Tetanie als eine zweifellose Folge einer Rachitis tarda zu betrachten. Während des Aufenthaltes in der Klinik traten Laryngospasmen auf, die bei der Tetanie der Erwachsenen zu ziemlich grossen Seltenheiten gehören.

SEIFERT.

69) **H. Kahn. Kehlkopfneuralgie. (Neuralgia of the larynx.)** *Chicago Medical Recorder. April 1911.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von nicht-ulceröser Laryngitis dolorosa. Er beschreibt die Kehlkopfneuralgie als eine schmerzhafte nicht-geschwürige Kehlkopferkrankung, die klinisch durch mehr oder minder intermittirende oder constante Schmerzen, Schmerzzonen, Dyspnoe (?), Dysphagie, Abneigung zum Reden charakterisirt ist.

EMIL MAYER.

70) **Arquellada** (Madrid). **Hygienische und pharmakologische Behandlung des Keuchhustens. (Tratamiento higiénico y farmacológico de la coqueluche.)** *Madrid 1910.*

Chloroform-Inhalationen haben dem Verf. sehr gute Resultate gegeben. Fluoroform kürzt die Dauer und Intensität der Symptome ab. An die Wirksamkeit der bisher angewandten Sera glaubt Verf. nicht.

TAPIA.

71) **R. Weissmann** (Lindenfels). **Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Eulatin.** *Allgem. med. Central-Zeitung. No. 17. 1911.*

Eulatin ist aus Amidobenzoesäure, Brombenzoesäure und Antipyrin zusammengesetzt und enthält somit lösende, antispasmodische und antipyretische Be-

standtheile; es stellt eine Combination der 3 gewöhnlich einzeln verordneten Pertussismittel dar.

Das Eulatin, das in Originalröhrchen mit 20 Tabletten à 0,25 g im Handel erscheint, wird bei Kindern 2—4stündlich in warmer Flüssigkeit verordnet; unangenehme Nebenwirkungen sollen ihm nicht anhaften. Es soll, möglichst früh angewandt, die Anfälle nach Zahl, Dauer und Heftigkeit sehr herabsetzen.

WILH. SOBERNHEIM.

72) **Pistre. Angiom des Stimmbandes. (Contribution à la casuistique des tumeurs sanguines du larynx etc.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 39. 1911.*

Beschreibung eines Falles von Stimmbandangiom. Mittheilung der histologischen Untersuchung.

LAUTMANN.

73) **G. Ferreri. Eine Methode der Ausschneidung des Papilloms des Kehlkopfes. (Procédé d'excision des papillomes laryngiens.)** *Archiv. Internat. de laryngol. Tome XXXII. No. 1.*

Vielleicht ist die Unklarheit der Beschreibung durch mangelhafte Uebersetzung verursacht. Es handelt sich wahrscheinlich um Zerdrückung der Papillome mittels Darmsaite, die durch die Trachealwunde und den Mund durchgezogen wird. 2 Krankengeschichten, die nicht viel mehr über die neue Methode aussagen, beschliessen den kurzen Artikel.

LAUTMANN.

74) **Frank Tratman. Ein Fall von Fibrom des Kehlkopfes. (A case of fibroma of the larynx.)** *Australasian Medical Gazette. 21. August 1911.*

Es handelte sich um ein reines erbsengrosses Fibrom, von dessen Unterfläche, wie sich nachher herausstellte, ein kleines Papillom ausging. Das ganze rechte Stimmband, an dem der Tumor sass und der angrenzende Theil des Schildknorpels wurden durch Laryngofissur entfernt (warum? Red.). Heilung.

A. J. BRADY.

75) **Edmund Meyer** (Berlin). **Säugling mit angeborener endolaryngealer Struma.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. S. 2362. 1910.*

Blassgrauer Tumor in der vorderen Commissur bei einem 5monatigen Säugling. Endolaryngeal entfernt. — Bis jetzt sind etwa 20 Fälle und zwar nur bei etwas älteren Personen beschrieben, keiner im Säuglingsalter.

ZARNIKO.

76) **Reinking** (Hamburg). **Prognose des Larynx- und Pharynxcarcinoms.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 2316. 1910.*

Demonstration eines 70jährigen Mannes, dem Vortragender den carcinomatösen Larynx und Pharynx mit vorläufig gutem Erfolge von 11 Wochen exstirpirt hatte. Warnung vor allzu grossem Pessimismus in der Prognose der Operationsresultate beim Larynx- und Pharynxcarcinom.

ZARNIKO.

77) **Luksch. Amyloidose der Trachea.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 17. März 1911.) *Prager med. Wochenschr. No. 16. 1911.*

Pathologisch-anatomisches Präparat. Deutliche Wucherung des Knorpelgewebes. Corpora amylacea in den Schleimdrüsen.

HANSZEL.

f. Schilddrüse.

78) **Eugen Bircher** (Aarau). **Weitere Beiträge zur experimentellen Erzeugung des Kropfes. Die Kropfätiologie ein colloidchemisches Problem. Fragestellungen.** *Zeitschr. f. experim. Pathologie u. Therapie. 1911.*

Die Versuche wurden durchweg an Ratten und Affen durchgeführt.

Die Thiere, die mit Rupperswiler Wasser getränkt wurden, zeigten ebenso wie die mit Aarauer Wasser getränkten und diejenigen, die mittels Berkefeldfilter filtrirtes Rupperswiler resp. Aarauer Wasser erhalten hatten, fast durchgängig hervorragende Kropfbildung. Durch diese Versuchsreihen gewinnt die Annahme an Sicherheit, dass das kropferzeugende Agens nicht in einem lebenden Organismus zu suchen ist, sondern in einem Toxin organischer Natur, falls wirklich die heute allgemein feststehende Ansicht von der Undurchlässigkeit der Berkefeld-Thonkerzen für Mikroorganismen zu Recht besteht. Allerdings konnten auch durch Tränkung mit dem Rückstande, der durch steriles Wasser oder Milch versetzt wurde, bei einer Beobachtungszeit von 12—20 Monaten mässige Schilddrüsenvergrösserungen nachgewiesen werden, die jedoch nie die Grösse der auf andere Weise erhaltenen Kröpfe erreichten. Diese Thiere blieben jedoch an Grösse und Wachsthum hinter den übrigen zurück.

Neben anderen interessanten Versuchen, z. B. zur Erzeugung von Kropfwasser auf experimentellem Wege, sei noch der Graham'sche Versuch der Dialyse erwähnt. Verf. füllte einestheils den Dialysator mit Kropfwasser zweitägig an und verfütterte das durchgedrungene Wasser, andererseits suchte er die Colloidsubstanzen durch Diffusion zu trennen, indem er den Dialysator in steriles Wasser tauchte und den osmotischen Vorgang abwartete. Als dialysirende Scheidewand diente Pergamentpapier.

Da von 8 Thieren, die mit dem durch die Membran durchsickernden Wasser getränkt waren, ebenso wie von den 8 Thieren, die durch Osmose gewonnenes Wasser erhalten hatten, kein einziges am Kropf erkrankte, während das im Dialysator zurückbleibende Wasser stets kropferzeugend geblieben war, scheint der Beweis erbracht zu sein, dass das Kropftoxin in colloidem Zustande sich befindet, und dass die Kropfwässer eine colloide Lösung darstellen. WILH. SOBERNHEIM.

79) **Charles Bonney. Ein Fall von acuter Schilddrüsenentzündung. (A case of acute inflammation of the thyroid gland.)** *Lancet. 15. Juni 1911.*

Pat. war ein 30jähriger Mann, der seit 16 Jahren einen kleinen Kropf hatte. Auch bestand Pulsbeschleunigung und Tremor.

Nach einem Anfall von croupöser Pneumonie mit Krisis am 7. Tage entwickelte sich eine rapide Vergrösserung der Schilddrüse mit Fieber und Dyspnoe, Dysphagie und in die Schultern ausstrahlenden Schmerzen. Eine Woche darauf wurde operirt und aus dem linken Schilddrüsenlappen eine Quantität Eiter entleert. Heilung. Aus dem Eiter wurden Pneumokokken in Reincultur gezüchtet.

A. J. WRIGHT.

80) **P. Moure** und **G. Liebault. Acuter Schilddrüsenkrebs. (Cancer aigu du corps thyroide.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 37. 1911.*

Casuistik. — Fall betrifft einen 59jährigen Mann, bei dem sich die ganze Krankheit, Auftreten zweier haselnussgrosser Tumoren, Umwachsung des ganzen Halses, Operation und Tod im Laufe von 3 Monaten abgespielt haben. Histologische Diagnose: Krebs mit mikroskopischen Abscessen, letztere in Folge einer Rhinitis, die Patient gleich zu Beginn des Leidens durchgemacht hat. Auf die Differentialdiagnose mit der Riedel'schen Krankheit gehen die Autoren des Näheren ein.

LAUTMANN.

81) **N. Weljaminow. Erkrankungen der Schilddrüse und ihre chirurgische Behandlung. (Sabolewenija schtschitowedny shelesy i jich chirurgitscheskoe letschenie.)** *R. Wratsch. No. 34—36. 1910.*

W. constatirt zunächst, dass trotz der Fülle von Arbeiten klinischer und experimenteller Natur über diese Drüse wir uns doch noch nicht einmal eine wissenschaftliche Classification der Erkrankungen des genannten Organs, namentlich der Strumen, erlauben können. In praktischer Hinsicht möchte er an der alten Eintheilung — sporadischer und endemischer Kropf — festhalten. W.'s persönliche Erfahrung erstreckt sich nur auf den sporadischen Kropf. Beim endemischen Kropf ist man gezwungen sich mehr mit Hyperthyreosis zu befassen. Beim sporadischen Kropf ist die Aetiologie verschiedenartig.

Operirt wurden von W. 87 Kröpfe.

Zur Hypothyreosis zählt W. die Fälle, welche mit den bekannten Erscheinungen der Unterernährung einhergehen.

Zur Dysthyreosis werden jene Fälle gezählt, in denen abwechselnd hypo- und hyperthyreotische Erscheinungen vorliegen, mit Ausschluss der Tachycardie.

Zur Hyperthyreosis gehört die Basedow'sche Krankheit mit allen ihr eigenthümlichen Symptomen, namentlich der Tachycardie.

Aetiologisch ist der Zusammenhang zwischen Infectionskrankheiten (über die Hälfte aller Kröpfe hatten irgend eine Infectionskrankheit überstanden) und der Schilddrüse wichtig, für den sporadischen Kropf ausserdem Geschlechtsleben und Alkoholismus.

In $^1/_8$ aller Fälle von sporadischem Kropf konnte W. feststellen, dass er sich in der Periode der Geschlechtsreife entwickelte, besonders bei Frauen.

Wahrscheinlich beginnt die innere Secretion der Geschlechtsdrüsen um die Geschlechtsreife. Unregelmässigkeit derselben resp. Verringerung ruft nicht selten bei Frauen Kropf hervor. Ungenügende geschlechtliche Thätigkeit führt scheinbar gleichfalls zur Herabsetzung innerer Secretion und giebt Veranlassung zur Dysthyreosis.

Nicht ohne Bedeutung ist, dass bei Idioten die Geschlechtsdrüsen unentwickelt sind. Scheinbar stehen auch die Milchdrüsen in Verbindung mit der Schilddrüse, ebenso psychische Momente.

Druck auf Nachbarorgane wurde in 58 pCt. beobachtet. Thyreogene Intoxication fehlte in 31 pCt. Dyspnoe oder andere Unregelmässigkeiten der Athmung werden fast in allen Fällen constatirt, wobei als Ursache Druck, unregelmässige Innervation des Kehlkopfs, Schwäche des Herzens und nervöser Einfluss an-

gegeben wird. Die Stimme war nur in 65 pCt. rein. Heiserkeit, Stridor, Krampfhusten sind relativ häufig. In 2 Fällen Druck auf Vagus und Bradycardie; Dysphagie in 27 pCt. Scheinbar wirkte qualitativ veränderte Ausscheidung ähnlich wie quantitativ herabgesetzte.

Unter dem Einfluss der Dysthyreosis verändert sich der Charakter. Sehr häufig treten hysterieähnliche Erscheinungen zu Tage. Ein Zusammenhang der wahren Hysterie mit Dysthyreosis ist nicht von der Hand zu weisen.

Dysthyreosis und Hypothyreosis geben häufig ähnliche Symptome. Vergrösserung des linken Ventrikels wird für toxischer, des rechten für dyspnoischer Natur angenommen. Erstere sind bei der Operation besonders gefahrdrohend.

Operation bei Thymuspersistenz wird für fast absolut tödtlich gehalten.

Verkleinernd auf den Kropf wirken Schilddrüsenpräparate, und zwar mehr Thyreoidin als Jodothyrin. Sie dienen als Vorbereitung zur Operation. Bei Hypothyreosis werden 0,3—1,0 Thyreoidin pro Tag gegeben. Bei Dysthyreosis muss man mit 0,05 pro Tag beginnen oder Jodothyrin Baumann 0,1—0,2 pro Tag.

Bei Operationen wird allgemeine Narkose angewandt. In 2 Fällen trat der Tod ein. Einmal in der Narkose, das andere Mal am nächsten Tage.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

82) **Lexer** (Jena). **Vollständiger Ersatz der Speiseröhre.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 29. 1911.*

L. bespricht eingehend die einschlägige Literatur und das Resultat der bisherigen Operationsmethoden und berichtet anschliessend über einen erfolgreich operirten Fall, in dem es ihm gelang, durch Combination der Roux'schen Operationsmethode mit Bildung eines Hautrohres ein nach jeder Richtung hin ausgezeichnetes Dauerresultat zu erzielen. Diese Methode, deren Technik eingehend in der Arbeit geschildert ist, eignet sich in erster Linie für Kranke mit undurchgängigen gutartigen Stenosen. Aber auch für die Behandlung der Oesophaguscarcinome bietet diese Methode einen grossen Fortschritt; nur müssen die Fälle möglichst frühzeitig, in operablem Zustande zur Operation kommen. Nach radicaler Resection des Carcinoms kann man dann später nach radicaler Heilung den Kranken durch künstlichen Ersatz der Speiseröhre eine normale Ernährungsweise verschaffen.

HECHT.

83) **T. M. Tibbits. Bemerkungen über einen Fall von Oesophagismus. (Notes on a case of oesophagismus.)** *Practitioner. August 1911.*

Ein 59jähriger Mann, der an subacutem Rheumatismus litt, bekam Schmerzen in den Extremitäten, Pharyngitis und einen urticariaähnlichen Ausschlag mit Fieber. In der Nacht hatte er plötzlich einen Anfall zur Brechneigung mit profuser Salivation und akuten Schmerzen unter dem unteren Theil des Sternums und absolutes Unvermögen zu schlucken. Der Anfall dauerte ungefähr 6 Stunden und wiederholte sich zwei Wochen lang alle 6—7 Stunden. Beim Versuch, ein Bougie einzuführen, trat ein Spasmus ein, aber schliesslich gingen die Erscheinungen unter



Atropineinspritzungen vorüber. Pat. gab an, schon vor 19 Jahren an solchen Erscheinungen gelitten zn haben. A. J. WRIGHT.

84) **Gayet** (Lyon). **Speiseröhrenpolyp. (Polype de l'oesophage.)** *Lyon médical. 19. März 1911.*

Der Tumor wurde bei der Section entdeckt. Bemerkenswerth ist der Sitz — nahe der Cardia — und die histologische Natur — ein Myom.

GONTIER de la ROCHE.

85) **F. Erkes** (Reichenberg). **Ein Grenzdivertikel der Speiseröhre.** *Wiener med. Wochenschr. No. 36. 1911.*

Nach Excision eines Grenzdivertikels in der Höhe des 7. Halswirbels tritt eine Stenose auf. Systematisches Bougiren mit Zinnbolzen bringt normale Verhältnisse. Ob die Stenose organischer oder funktioneller Natur war, bleibt ungeklärt. HANSZEL.

86) **G. Liebermeister** (Düren). **Zur Behandlung des stenosirenden Oesophaguscarcinoms.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1911.*

L. bespricht die verschiedenen bisherigen Behandlungsmethoden (z. B. Bougirung, Olivenöl, Morphin oder Atropin) in ihrer Wirkungsweise und empfiehlt als recht geeignet die interne Verabreichung von Wasserstoffsuperoxyd. Er lässt es in der Weise einnehmen, dass die Kranken jede Stunde einen Schluck einer 1 bis 2proc. Wasserstoffsuperoxydlösung trinken. Diese Behandlung, die vollkommen unschädlich ist, wird Wochen- und Monate lang fortgesetzt. Man erreicht damit, dass „das Carcinom rein gehalten wird von Zerfalls- und Zersetzungsproducten. Dadurch werden manche absolute Stenosen zu relativen, es werden Reizzustände der Oesophagusmusculatur indirect beseitigt, es wird secundären Infectionen, Verjauchungen und vielleicht auch mancher frühzeitigen Perforation vorgebeugt." Dabei muss man streng darauf sehen, dass die Kranken nur solche Nahrung bekommen, die auch wirklich durch die Stenose hindurchgeht. Diese symptomatische Therapie ermöglicht — bei der Aussichtslosigkeit einer radicalen Behandlung — es „manchem an Oesophaguscarcinom leidenden Kranken für Wochen und Monate eine erträgliche Existenz zu verschaffen, den jauchigen Zerfall des Carcinoms zu verhüten oder zu beseitigen und zur Erhaltung eines leidlichen Ernährungs- und Kräftezustandes beizutragen." HECHT.

87) **W. E. Savage. Fremdkörper im Oesophagus von Kindern. (Foreign bodies of the oesophagus of children.)** *Lancet Clinic. 21. Januar 1911.*

Bericht über einen Fall von Sicherheitsnadel in der Speiseröhre. Mittels des Oesophagoskops wurde die Nadel bis zur Höhe des Sternoclaviculargelenks gebracht, dann mittels der Schlundsonde herausbefördert. EMIL MAYER.

V. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Mann. Atlas zur Klinik der Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie. Würzburg, Curt Kabitzsch. 1911. Preis geb. 22 M.

20 farbige Tafeln grossen Formates nach pathologisch-anatomischen Präparaten von Fällen, die im Leben mit Hülfe der Tracheo-Bronchoskopie untersucht waren. Die Bilder sind, wie es scheint, nach Oelgemälden, in natürlicher Grösse reproducirt und betreffen: Sarkom (2 Fälle) und Carcinom der Schilddrüse, substernale vereiterte Struma, Oesophagus-Carcinom mit Durchwachsung der Trachealwand (2 Fälle), Aortenaneurysma (3 Fälle), primäres Bronchialcarcinom (2 Fälle), endlich je ein Fall von Lues und Sklerom des Bronchialbaumes.

Die Auswahl dieser Fälle entspricht natürlich nicht der Morbiditäts- sondern eher der Mortalitätsfrequenz. Mann betont selbst, dass auch in Dresden die benigne Struma unter den Compressionsstenosen durchaus an erster Stelle steht. Für unsere kropfreichere Gegend trifft das in erhöhtem Maasse zu. Auch haben wir die noch immer wenig beachtete Lues der tieferen Luftwege häufiger gesehen und endlich überwiegt bei unserem Material der Mediastinaltumor bei weitem das primäre Bronchialcarcinom, von dem Mann zwei Fälle beobachten konnte.

Die Präparate sind geschickt secirt und gewähren dem Bronchoskopiker einen sehr lehrreichen Blick hinter die Coulissen. Denn bei all diesen raumbeengenden Krankheitsprocessen ist das, was sich auf der sichtbaren Bühne des Bronchiallumens abspielt, ja meist nur ein schwacher Abdruck der Wirklichkeit. Mann hat es vermieden, die correspondirenden endoskopischen Bilder den Sectionsbefunden beizufügen, obwohl diese bekanntlich bei aufgeschnittenen Hohlorganen nur eine recht ungenügende Vorstellung von der eigentlichen Lumendeformation geben. Ich glaube, er hat mit diesem Verzicht das Richtige getroffen, nicht nur weil, wie er meint, „solchen Bildern eine zu starke subjective Auffassung anhaften muss", sondern weil eine ausreichende Wiedergabe endoskopischer Befunde überhaupt unmöglich sein dürfte. Wenigstens gilt das für die stenosirenden und deformirenden Krankheitsvorgänge, um die es sich hier handelt. Denn bei ihnen setzt sich der endoskopische Befund aus einer Reihe unbewusst combinirter Querschnittsbilder verschiedener Niveaus zusammen, von denen jedes gewöhnlich erst wieder durch Transversalbewegungen des Rohrendes gewonnen werden muss. Dazu kommt als besonders wichtig der Palpationsbefund beim Verdrängen oder Gradstrecken der erkrankten Theile, Veränderungen physiologischer Bewegungsvorgänge und manches Andere, was das Bild nicht wiederzugeben vermag.

Alles das ist nach Möglichkeit durch einen knappen, begleitenden Text ersetzt, der auch die nothwendigen Daten aus den Krankengeschichten enthält. Der Lehrwerth dieses schönen Unterrichtswerkes wird durch ihn wesentlich erhöht.

Die Tafeln stehen reproductionstechnisch auf der Höhe, und es ist anzuerkennen, dass der Verlag diesem nicht auf buchhändlerische Erfolge gerichteten Unternehmen auch sonst alle Sorgfalt gewidmet hat. Brünings (Jena).

a) III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress zu Berlin.

30. August bis 2. September 1911.

(Fortsetzung.)

II. Tag.

II. Referat. a) Killian (Berlin): Bronchoskopie, Oesophagoskopie, Gastroskopie.

K. giebt eine Statistik der bisher erschienenen Literatur über dieses Gebiet, aus der die Entwickelung dieser neuen Untersuchungsmethoden hervorgeht und die Betheiligung, die die verschiedenen Nationen daran haben.

b) Kahler (Wien) betont zunächt die Wichtigkeit, die der directen Untersuchung der oberen Luftwege, besonders bei kleinen Kindern zukommf, die Vortheile, die sie vor der Spiegeluntersuchung in vielen Fällen hat. Ganz unentbehrlich aber sind diese Untersuchungsmethoden geworden, wo es sich um Diagnose und Therapie von Fremdkörpern handelt, speciell bei der Tracheo-Bronchoskopie, während die Oesophagoskopie noch nicht die ihr hier gebührende Bedeutung gefunden hat, trotzdem sie in den meisten Fällen einen ungleich besseren Erfolg verspricht, als ein chirurgischer Eingriff. Durch die Verbesserung der Technik sind auch in den letzten Jahren die Mortalitätsziffern bei Fremdkörperextraction um über die Hälfte gesunken, so dass das Verfahren seine Grenzen nur in solchen Fällen findet, wo es sich um Fremdkörper handelt, die aus dem Bronchialbaum ausgewandert sind. Die untere Bronchoskopie ist indicirt bei hochgradigen Stenosen, in acuten Fällen, wenn die obere Bronchoskopie nach 10 Minuten erfolglos blieb, in chronischen Fällen bei Kindern unter 6 Jahren bei unüberwindlichen Hindernissen, wie grosser Reizbarkeit des Patienten; bei ungenügender Uebung oder unvollständigem Instrumentarium und schliesslich bei schon vorhandener Trachealfistel. Bedeutsam ist ferner die Verwendung der Bronchoskopie zu endobronchialer Behandlung, wie sie Ephraim und andere ausgeführt haben, speciell der Behandlung des Bronchialasthmas. Auch diagnostisch haben die neuen Untersuchungsmethoden manches neue Licht auf die Häufigkeit vieler pathologischer Processe in Trachea und Bronchien geworfen, sowie auch die Diagnostik umgebender Organe, z. B. tuberculöser Bronchialdrüsen, gefördert. Wenn so das Anwendungsgebiet der Bronchoskopie schon heute ein ungeheures ist, so lässt sich trotzdem noch eine beträchtliche Erweiterung desselben für die Zukunft erwarten.

c) Jackson (Pittsburg): Die Hauptgefahren der Oesophagoskopie bestehen im reflectorischen Athemstillstand, und diese Reflexe sind in Allgemeinanästhesie aufgehoben, weshalb Verf. zur Narkose, und zwar mit Aether räth, aber nicht in Roser's Hängelage. Zur Narkose stellt er folgende Indicationen: 1. Extraction oder Zerstückelung eingeklemmter Fremdkörper; 2. Diagnose spastischer Zustände; 3. ungeberdige Kinder bei mangelnder Assistenz und geringer Uebung. Zur Discussion stellt er die Frage, welches die besten Methoden der Dilatation sind und welches die ösophagoskopisch am häufigsten beobachteten Bilder von Cardiospasmus sind. Indication zur Oesophagoskopie ist nach ihm jede abnorme Sensation in der Speiseröhre, Contraindication nur ein ungeschickter Oesophago-

skopiker. Frische Divertikel sind durch Dilatation unterhalb heilbar, bei älteren kann man nur den Chirurgen orientiren. Die Mortalität beträgt nach der Literatur bei Fremdkörpern 3 pCt., bei anderen Erkrankungen 1 pCt., ist aber nach den persönlichen Erfahrungen des Verf.'s grösser.

Was die Gastroskopie anlangt, so hat Verf. immer nur die rigide offene Form des Gastroskops ohne Linsensystem benutzt und ist damit stets ausgekommen. Die Untersuchung soll stets in Narkose vorgenommen werden, schon allein damit der Magen völlig collabirt ist, was die Besichtigung wesentlich erleichtert. Auf diese Weise lässt sich jeder Theil des Magens gut zu Gesicht bringen. Verf. hält die Gastroskopie in jedem Falle von Magenbeschwerden für indicirt, wo sich eine Narkose ohne Gefahr anwenden lässt und betrachtet sie als ein wichtiges Hülfsmittel für die Chirurgie, die die chemische Magenuntersuchung, die Röntgenuntersuchung etc., wesentlich unterstützt.

Killian (Berlin): Ueber eine Modification der directen Laryngoskopie.

K. demonstrirt einen Apparat, mit dem man den Kopf in Schwebestellung fixirt und so durch die Schwebe-Laryngoskopie einen schönen Ueberblick über Larynx und Pharynx erhält, der auch operative Eingriffe gestattet.

Elsner (Berlin): Ueber Gastroskopie.

Verf. berichtet über seine Methode der Gastroskopie, welche es ermöglicht, direct in den Magen hineinzusehen. Im Gegensatz zu früheren Methoden ist das Verfahren, das E. ausgearbeitet, einfach und leicht zu erlernen; er hat die Methode der directen Magenbesichtigung in mehr als 400 Fällen angewendet und wiederholt in zweifelhaften Fällen von Magenkrebs die Diagnose nach der positiven oder negativen Seite gesichert.

Ephraim (Breslau): Grundlagen und bisherige Ergebnisse der örtlichen Behandlung chronisch-entzündlicher Bronchialerkrankungen.

E. erklärt, dass man bei der Inhalation von Arzneimitteln von einer directen Einwirkung auf die Bronchien nicht sprechen könne, da kaum etwas so tief inhalirt werde, und schlägt deshalb die locale medicamentöse Application durch das Bronchoskop vor. Nachdem er die theoretischen Grundlagen dieser Behandlung an Thierversuchen klargelegt hatte, benutzte er sie in seiner Praxis mit sehr gutem Erfolge. Besonders bei Bronchialasthma hatte er durch Einführung von Suprarenin sehr gute Resultate.

Frese (Halle): Ueber ösophagoskopisch diagnosticirte Tractionsdivertikel der Speiseröhre.

Nach dem Vorgange Zenker's theilt man die Divertikel der Speiseröhre in Pulsations- und Tractionsdivertikel. Auf erstere, von denen ich im Ganzen 6 Fälle selbst beobachtet habe, soll hier nicht näher eingegangen werden. Tractionsdivertikel sind keineswegs selten (etwa 4 auf 100 Sectionen). Trotz ihrer Kleinheit können sie für den Träger von grosser Bedeutung werden, und zwar durch die Möglichkeit der Perforation. Ueber die Frage, ob und welche klinischen Sym-

ptome von Tractionsdivertikeln gemacht werden, ist bisher sehr wenig bekannt. Bisher ist erst einmal ein Tractionsdivertikel am Lebenden gesehen worden (Starck). Ich selbst habe bei zwei Patienten solchen im Oesophagoskop nachgewiesen. Bei beiden waren seit längerer Zeit leichtere Schlingbeschwerden, Fremdkörpergefühl und unangenehme Sensationen in der Speiseröhre vorhanden gewesen, die ich mit dem Divertikel in ursächlichen Zusammenhang bringen möchte. Verf. hält es für möglich, dass manche anscheinend nervöse Störungen auf diesen Tractionsdivertikeln beruhen.

Glücksmann (Berlin): Meine Methode der Oesophagoskopie und deren Ergebnisse.

G. demonstrirt das von ihm construirte Oesophagoskop und zeigt einige damit aufgenommene Bilder, die sich speciell auf die Frühdiagnose des Carcinoms beziehen.

Gottstein (Breslau): Bronchoskopische und ösophagoskopische Erfahrungen.

G. berichtet über 1100 Fälle. Misslingen der Oesophagoskopie kommt nur bei pastösen Menschen mit kurzem Hals, kurzer, steifer Halswirbelsäule, vollständig erhaltenen, hohen Zähnen und wulstiger Zunge vor. Die Zahl dieser Fälle ist erheblich geringer, wenn die Oesophagoskopie mit Leitsonde ausgeführt wird. Todesfälle kamen 3mal infolge eines Hautemphysems vor, einmal durch Punction eines Speiseröhrenabscesses, wovor Verf. dringend warnt, einmal durch zu ausgiebige Probeexcision. Was die Tumorfälle anlangt, so sind die Carcinome viel häufiger, als gewöhnlich angenommen; bei den Fremdkörperfällen handelt es sich meist um Gebisse und Knochen. Von seinen bronchoskopischen Fällen theilt Verf. einen Todesfall mit, der durch Zangenextraction des für den kindlichen Larynx zu grossen Fremdkörpers nach einer Tracheotomie hätte vermieden werden können.

Hofbauer (Wien): Wesen und Behandlung des Bronchialasthma.

H. legt dar, dass das Bronchialasthma auf einer Uebererregbarkeit des N. vagus beruhe, durch die die Inspiration hervorgerufen wird, die Exspiration aber nicht. Seine Behandlung besteht daher in Athemübungen, bei denen die Patienten auf ihre Exspiration achten und durch die Nase athmen müssen. Controlirt werden diese Uebungen dadurch, dass man die Patienten summen lässt und so die Gleichmässigkeit der Exspiration feststellen kann.

Brünings (Jena): 1. Zur Dilatationsbehandlung von Oesophagusstricturen.

Verf. verwirft für die Stricturbehandlung, bei der es auf Dauerbehandlung ankommt, die Oliven und demonstrirt die von ihm angewendeten Instrumente: cylindrische, elastische Bougies von 3—30 mm Dicke, die mit einem besonderen Conductor in die Strictur eingeführt werden und jedesmal eine halbe bis eine Stunde in ihr liegen bleiben. Auch für die Bougierung ohne Ende verwendet Verf. kurze, mit beiderseitigen Oesen versehene Verweilbougies von continuirlich ansteigender Dicke.

2. Ueber endoskopische Befunde bei Oesophagusneurosen.

An der Hand von 5 eigenen Fällen, die auf Durchgängigkeit der Cardia, Weite der Speiseröhre und Erregbarkeit der reflectorischen Peristaltik geprüft wurden, zeigt Verf., dass chronische Schluckstörungen mit ösophagealem Erbrechen ohne anatomisches Hinderniss keineswegs immer auf spastischer Erkrankung der Cardiamuskulatur beruhen. Das ösophageale Erbrechen tritt auch rein passiv bei normaler Function der Cardia auf. Wirklicher Spasmus mit Steigerung der reflectorischen Peristaltik wurde nur einmal beobachtet. Die Dehnungsbehandlung der Cardia, für welche sich der mechanische Dilatator des Verf.'s vorzüglich bewährte, führte in allen Fällen von Speiseröhrenerweiterung zum Ziele. Sehr wirksam unterstützt wird diese Behandlung durch regelmässige Pinselungen der Speiseröhre mit dünnen Argentumlösungen, die Verf. mit der von ihm angegebenen Arzneimittelsonde ausführt.

Morelli (Budapest): Oesophaguspolyp, diagnosticirt und operirt durch das Oesophagoskop.

M. stellt einen Patienten vor, der seit 29 Jahren nur flüssige Speisen schlucken kann und bei dem das Bougieren wegen zu grosser Schmerzen aufgegeben wurde. Oesophagoskopisch wurde ein kirschengrosser Polyp diagnosticirt und zunächst mit kalter Schlinge zum Theil exstirpirt und der Rest mit scharfem Löffel ausgekratzt.

Sargnon (Lyon): Beitrag zum Studium der Behandlung gewisser chronischer Stenosen der Luftwege.

S. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Arten der Stenosenbehandlung der Luftwege und eine Statistik ihrer Erfolge.

Discussion:

E. Meyer (Berlin) berichtet über seine bronchoskopischen Erfahrungen bei Kindern, die er nur leicht narkotisirt. Im Alter von 4--6 Jahren verwendet er präliminare Tracheotomie und untere Bronchoskopie wegen der geringeren Gefahr und der Möglichkeit, weitere Röhren zu benutzen. Schliesslich berichtet er über die Entfernung eines Knochenstückes, wobei er das Bronchoskop 37 cm tief einführen musste.

Lubliner (Warschau) berichtet über einen Fall von Oesophagoskopie bei einem zweitägigen Kinde mit vollkommenem Speiseröhrenverschluss.

v. Eicken will die Bronchoskopie bei Fremdkörpern nicht wie Kahler auf 10 Minuten beschränken. Ferner hat er Bedenken gegen die systematische Dilatationsbehandlung des Tracheobronchialbaumes beim Aneurysma. Man könne unmöglich vor der Bronchoskopie mit Sicherheit entscheiden, ob die Wandung der Trachea und des Bronchus noch unverändert ist.

Sänger (Magdeburg) verwendet gegen Asthma die Hofbauer'sche Behandlung, die er nur noch erweitert.

Dahmer (Posen) verwendet gegen Asthma Athemübungen unter Belastung des Epichondriums mit einem 10—25 kg schweren Sandsack.

Botey (Barcelona) hat ein Oesophagoskop mit einem Mandrin mit Glasspitze construirt, um Fremdkörper aus dem Hypopharynx und dem oberen Oesophagus

zu entfernen. Durch die durchsichtige Glasspitze wird vermieden, dass man im Dunkeln arbeitet und den Fremdkörper weiter hinabstösst.

Zu dem Vortrage Morelli's erwähnt er, dass die eigenlichen Oesophaguspolypen sehr selten, seien und führt einige von ihm beobachtete Fälle an.

Zu Sargnon's Vortrag bemerkt er, dass man mit der Beurtheilung der Laryngostomie bei Sklerom mehrere Jahre warten müsse, da die Krankheit häufig recidivire.

Sobernheim (Berlin) behandelt Asthma bronchiale mit Cocain-Adrenalin. Der Heilfactor wird in der Wirkung des Cocains gesehen, da die nicht gebesserten Patienten gegen Cocain sich völlig refractär verhielten.

Geredea (Madrid) theilt zu Ephraim's Vortrag über locale Behandlung der Bronchialerkrankungen mit, dass er durch locale H_2O_2-Application bei Bronchoektasie einen guten Erfolg erzielt hat, und demonstrirt ein von ihm construirten Instrument zur Oesophagusdehnung.

Kahler (Wien, Schlusswort) hält trotz der Erfahrungen von v. Eicken's und Paunz's die Beschränkung der Bronchoskopie auf 10 Minuten im Allgemeinen für wünschenswerth. Uchermann erwidere er, dass die Oesophoskopie ungefährlich sei, gefährlich sei nur die Narkose und man komme stets mit der Localanästhesie aus. Die Bedenken gegen die Tracheoskopie bei Aneurysma theile er nicht, dagegen halte er die Oesophagoskopie zwecks Diagnosticirung von Oesophaguserkrankungen für gefährlich, zumal da die Röntgenmethode hierfür meist ausreiche.

Oskar Hirsch (Wien): Ueber Methoden der endonasalen Operation von Hypophysen-Tumoren.

H. bespricht seine Methode der Eröffnung der Schädelhöhle von der Nase aus und insbesondere die Operationen von Geschwülsten der Hypophyse. Diese Geschwülste erzeugen die bekannten eigenartigen Krankheiten. Bisher werden diese Geschwülste durch eine sehr eingreifende Operation entfernt, welche die Aufmeisselung des Gesichtes und eine lang dauernde Narkose erfordert. Hirsch operirt in Localanästhesie ohne äussere Verletzung und mit geringem Blutverlust und erzielte Resultate, wie sie bisher nicht erzielt worden sind. Die Sterblichkeit nach der Methode von Hirsch beträgt 16 pCt., nach der grossen chirurgischen Methode 40 pCt.

Discussion:

Chiari (Wien) benutzte eine Modification der Killian'schen Operation zur Eröffnung des Siebbeins bei zwei Fällen von Hypophysentumor. Mit dem Killian'schen Hautschnitt resecirt er theilweise den Proc. frontalis des Oberkiefers, die mittlere Muschel nebst Siebbein und eröffnet dann das Keilbein in der gewöhnlichen Weise. Dann resecirt er mit der Stanze einen Theil des hinteren Nasenseptums und legt so das Septum der Keilbeinhöhle frei. Nun kann man mit der Stanze ganz vorn die Keilbeinhöhlenwand freilegen und bringt sich so den Torus der Hypophyse zu Gesicht. Diese Operation liess sich in einer Sitzung mit Narkose ausführen.

Denker (Halle) empfiehlt, ähnlich wie Fein, die permaxillare Methode für

die Operation der Hypophysistumoren unter Hinweis darauf, dass der Zugang durch den Introitus nasi sehr eng und der Weg bis an die Schädelbasis sehr lang ist. Die Methode hat gegenüber dem von Chiari und Killian eingeschlagenen Verfahren den Vortheil, dass eine Continuitätstrennung der äusseren Haut vermieden wird. Um an die Keilbeinhöhle bezw. die Schädelbasis auch der anderen Seite heranzukommen, kann man das Septum stumpf bei Seite drängen oder den hinteren Theil des Vomer reseciren.

Pischel (San Franzisko): Collodiumbedeckung nach intranasalen Operationen.

Verf. empfiehlt die von ihm an 603 Fällen erprobte Methode der Collodiumbedeckung nach intranasalen Operationen. Es ist hierzu nöthig, erst die Blutung sorgfältig zu stillen und das Operationsfeld gut zu reinigen. Dann bestreicht Verf. die Wunde mit Tinct. benzoica compos. und tupft dann Collodium auf, während ein Assistent kalte oder heisse comprimirte Luft gegen die Wunde bläst, um die Verdunstung zu beschleunigen. Die Collodiumbedeckung bleibt 4—6 Tage liegen und wird dann mit Wasserstoffsuperoxyd entfernt. Die Collodiumbedeckung vermeidet die Unannehmlichkeiten der Nasentamponade für den Patienten und schliesst andererseits fast sicher eine Blutung aus. Mit seiner zweiten verbesserten Methode musste Verf. in 125 Fällen nur 1 mal zur Tamponade Zuflucht nehmen.

Thost (Hamburg): Der chronische Schleimhaut-Pemphigus in den oberen Luftwegen.

Th. stellt einen Kranken vor, den er seit 16 Jahren beobachtet und bei dem Pemphigus der oberen Luftwege und essentielle Bindehautschrumpfung beider Augen besteht. Das linke, stärker befallene Auge ist völlig erblindet, der Bindehautsack geschrumpft und das Auge mit einem dicken Pannus überzogen. Rechts ist die Cornea noch frei, das Sehvermögen nicht beeinträchtigt, aber der Conjunctivalsack sehr stark geschrumpft. Auch an der Schleimhaut des weichen Gaumens zeigt sich der Schrumpfungsprocess, die Uvula ist bedeutend verkürzt, die Gaumenschleimhaut trocken. Im Nasenrachenraum finden sich trockene Borken, die Tuben sind verengt und schwer durchgängig. In der Nase ist viel trockener Schleim, links eine Verwachsung zwischen mittlerer Muschel und Septum. Die Epiglottis ist in einen Stummel verwandelt, der Knorpel dachförmig zusammengebogen und in der Mitte verwachsen. Die Aryknorpel sind frei beweglich, aber ihr Ueberzug verkürzt und geschrumpft. Auf allen diesen Stellen zeigen sich gelegentlich Blasen mit wasserklarem oder leicht getrübtem Inhalt, die platzen und weisse Fetzen hinterlassen. Bei Blasenbildung am Oesophagusmund kommt es oft zu beängstigenden Schluckbeschwerden. Verf. erwähnt noch drei andere von ihm beobachtete Fälle. Er meint, dass die Krankheit eher auf trophischen Störungen als auf toxischen Einflüssen beruhe, therapeutisch sei sie jedenfalls nicht zu beeinflussen.

Discussion:

Pollak (Graz) berichtet über einen ganz ähnlichen Fall mit Betheiligung der Haut. Auch da waren Schrumpfungsprocesse an der Nase, Gaumen, Kehlkopf und den Conjunctiven vorhanden, ausserdem Verwachsungen der beiden mittleren

Muscheln mit dem Septum. Solche Verwachsungen dürfen nicht immer mit Bestimmtheit auf den Pemphigus bezogen werden, da auch Lues vorhanden sein kann, was in diesem Falle durch den positiven Ausfall der Wassermann'schen Reaction erwiesen wurde.

E. Meyer (Berlin) macht auf das gleichzeitige Vorkommen der essentiellen Schleimhautschrumpfung des Genitalapparates und des Ohres aufmerksam.

Baumgarten: Die Diagnose ist bei localer Affection der Zunge am schwierigsten und am leichtesten mit Lues zu verwechseln und meist nur dann zu diagnosticiren, wenn Eruptionen an den Geschlechtstheilen oder den Nates eintreten. In einem solchen beobachteten Falle war der Process an der Zunge und nie an anderen Schleimhäuten zu sehen.

III. Tag.

III. Referat. a) Poli (Genua): Der Lymphapparat der Nase und des Nasenrachens.

P. hat den anatomischen Theil des Referates übernommen und berichtet über die Wege, in die sich die aus dem Nasenrachen abfliessende Lymphe ergiesst. Das Lymphnetz des Wurzelgebietes besteht aus dem der äusseren Nase, der Nasenhöhle, der Nebenhöhlen und des Nasenrachens; die wichtigsten Verbindungen, die dieses Lymphnetz mit den Nachbarorganen eingeht, sind diejenigen, welche zwischen dem endonasalen Gefässsystem und den perimeningealen Räumen einerseits und diejenigen, welche zwischen Lymphcapillaren des Nasenrachens und Mittelohrs andererseits bestehen. Der Lymphstrom der Nase und des Nasenrachens erreicht die entsprechenden regionären Lymphdrüsen, indem er theils nach vorn gegen die Wange zu den Parotislymphdrüsen und den Submaxillardrüsen, theils nach hinten in zwei Arme getheilt gegen den Pharynx fliesst; der eine dieser Arme ist nach oben und hinten zu den retropharyngealen Drüsen, der andere nach aussen und unten zu den tiefen Cervicaldrüsen gerichtet.

b) Turner (Edinburgh) zählt die verschiedenen Bakterien, die sich in den Höhlen des Kopfes vorfinden, und die Infectionskrankheiten, die sie hervorrufen können, auf, um sich darauf über die Infectionswege zu verbreiten. Hier bestehen zwar noch manche Unklarheiten, doch ist immerhin ein Zusammenhang der Lymphwege des Nasenrachens mit denen der Lunge durch Vermittelung der Cervicaldrüsen erwiesen, und so ist die lymphogene Entstehung einer Lungentuberculose vom Nasenrachen aus leicht verständlich.

c) Broeckaert (Gand) giebt einen kurzen Ueberblick über die Physiologie des nasopharyngealen Lymphapparates und bespricht dann die Krankheiten, die von ihm ausgehen können. Dies sind zunächst acut entzündliche Processe in den verschiedenen Organen des Kopfes, ferner septische Erkrankungen der Eingeweide und seiner Häute. Am wichtigsten ist die Tuberculose, die in jeder Form ihren Ausgang vom Lymphapparat des Nasenrachens nehmen kann. Schliesslich bespricht B. die Neubildungen, die von hier aus ihre Verbreitung finden können, wovon besonders Epi- und Endotheliome in Betracht kommen.

Miodowski (Breslau): Complicationen nach Septumresection — anatomische Untersuchungen über ihre Pathogenese.

M. berichtet über drei schwere Nachkrankheiten nach submucöser Septumresection. Der erste letal endende Fall starb an Meningitis, die nach der histologischen Untersuchung wahrscheinlich längs der Olfactoriusfasern zu Stande gekommen war. Bei dem zweiten Fall war die Meningitis vielleicht auf demselben Wege entstanden, doch bestand gleichzeitig Sepsis und es fanden sich Venenthromben in den Meningen. Die in dem dritten geheilten Falle entstandene Pyämie war sicher hämatogen zu Stande gekommen.

Zwillinger (Budapest): Die Lymphbahnen des oberen Nasenabschnittes und deren Beziehungen zu den perimeningealen Lymphräumen.

Z. kommt auf Grund seiner Untersuchungen am Menschen zu folgenden Schlüssen: 1. Der anatomische Nachweis des Zusammenhanges der Lymphwege des oberen Abschnittes der Nasenhöhle mit den Lymphräumen des centralen Nervensystems beim Menschen ist erbracht. 2. Das Vorhandensein eines oberflächlichen, von den perineuralen Lymphwegen des Olfactorius unabhängigen Lymphgefässsystemes in dem oberen Abschnitt der Nasenhöhle des Menschen ist erwiesen. Die Verbindung dieses Netzes, sowie die Verbindung der genannten perineuralen Lymphwege mit den perimeningealen Lymphräumen ist festgestellt. 3. Die Wege, auf welchen postoperative und andersartige, meningeale und cerebrale Complicationen von der Nase aus stattfinden, sind ausser der Blutbahn, die im directen Zusammenhange mit den perimeningealen Lymphräumen stehenden Lymphwege der oberen Abschnitte der Nasenhöhle.

Discussion:

Max Senator (Berlin): Die directen Beziehungen der Nase zu den serösen Häuten, besonders zum Gelenkrheumatismus sind erst wenig bekannt, kommen aber wahrscheinlich häufiger vor, als heute angenommen wird. S. hat bei einem jungen Mädchen eine Muscheloperation mit scharfen Instrumenten ohne Caustik vorgenommen und nach 4—5 Tagen eine typische acute Polyarthritis rheumatica und Endocarditis entstehen sehen. Eine „Angina traumatica“ lag nicht zwischen beiden Ereignissen, so dass aller Wahrscheinlichkeit nach die Infection direct von der Nase aus den Körper befallen hat. Begünstigt wurde die Infection offenbar durch die 24stündige Tamponade und Stauung, die freilich nicht zu umgehen war. In Zukunft werden sich bei genügender Beachtung sicherlich mehr derartige Fälle anführen lassen.

Streit (Königsberg): Die Bedeutung, die Miodowsky bei der Operation zurückgebliebener Knochensplitter für das Fortschreiten der Infection zumisst, muss S. durchaus anerkennen. S. hat bei seinen experimentellen Versuchen zur Erzeugung der otogenen Meningitis noch nach längerer Zeit rings um derartige zurückgebliebene Knochenfragmente schwere entzündliche Vorgänge nachweisen können, nachdem im Uebrigen die histologisch nachweisbaren pathologischen Erscheinungen bereits völlig abgeklungen waren. Dass von derartigen persistirenden

Herden später aus irgend einem Grunde eine tödtliche Meningitis ausgehen kann, leuchtet ein.

Richter (Plauen) theilt mit, dass sein Diener durch Zufall etwas Eosinpulver einathmete. Am folgenden Tage war die ziemlich unbehaarte Kopfhaut des Dieners circumscript geröthet, in der Nase war rother Schleim. Verf. führt dies Phänomen auf eine directe Lymphbahnverbindung zwischen Nase und Schädelhaut zurück.

Trétrôp (Antwerpen) weist auf die experimentell nachgewiesene Disposition des Nasenseptum für Infectionen hin. Die partielle submucöse Resection sei deshalb nur ausnahmsweise gestattet und im Allgemeinen durch Cauterisation zu ersetzen.

Imhofer (Prag) lobt die Wirkung der Pyocyanase bei den septischen Erkrankungen des Schlundringes und bei Scharlachrhinitis; für die Mundhöhle benutzt er die Pyocyanase in Form von Guttmann'schen Anginapastillen.

Pollatschek (Budapest) demonstrirt ein Stereoskop und einen stereoskopischen photographischen Apparat für Kehlkopf und Nasenrachenraum.

Costiniu (Bukarest): Das Ergebniss der Bekämpfung der adenoiden Vegetationen in den ersten städtischen und ländlichen Schulen in Rumänien.

C. hat die rumänische Regierung veranlasst, gegen die adenoiden Vegetationen radical vorzugehen. Es wurden Broschüren an die Lehrer versandt, die diese auf die Krankheitssymptome aufmerksam machten und aufforderten, die verdächtigen Kinder dem Arzte zuzuführen. Verf. und andere Specialisten untersuchten die Patienten und riethen den Eltern zur Operation, die im December 1910 und Mai 1911 998 mal ausgeführt wurde, wobei sich feststellen liess, dass 40—45 pCt. der Schulkinder an adenoiden Vegetationen litten. Verf. hofft, bei genügender Assistenz noch mehr Fälle operiren und damit Erhebliches zur Hebung der Volksgesundheit beitragen zu können.

Herzfeld (Berlin): Die Anwendung des Ehrlich-Hata'schen Syphilismittels in der laryngo-rhinologischen Praxis.

H. spricht über die Anwendung des Salvarsans nach seinen Erfahrungen an 75 Kranken. Dasselbe bringt Syphilismanifestationen der oberen Luftwege jeglicher Art meist schneller als Quecksilber zum Verschwinden; besonders wichtig ist es bei tiefsitzenden luetischen Kehlkopf- und Luftröhrenerkrankungen, die leicht zu Athemstörungen führen. Auch können beginnende Durchbrüche luetischer Processe durch die schnelle Wirkung von 606 noch aufgehalten und so bleibende schwere Schädigungen verhindert werden. Recidive kommen aber ebenso wie beim Quecksilber vor, doch macht H. darauf aufmerksam, dass wir uns immer noch im therapeutischen Versuchsstadium befinden und die Erfolge bei öfteren Reinjectionen und richtiger Dosirung noch besser werden können. H. schliesst, dass Niemand wieder aufhören wird, das Ehrlich'sche Mittel anzuwenden, der sich erst einmal mit der Technik der Anwendung vertraut gemacht hat.

Morelli (Budapest) giebt eine Statistik von 9 Fällen von primärem Skle-

rom der Nasenmuscheln und des Septum, das er durch die Rhinoscopia posterior frühzeitig diagnostiren konnte, weswegen diese Untersuchungsmethode nie zu unterlassen sei.

Richter (Plauen i. V.): Eine neue Methode zur Behandlung der Syphilis, speciell der Halssyphilis.

R. berichtet über eine neue Methode der Syphilisbehandlung mit einer Flüssigkeit, die Sozojodol-Salicyl-Chininverbindungen, kleine Mengen Sublimat und Arsen und metallisches Quecksilber in Emulsion enthält. Verf. hat mit diesem nach seiner Ansicht völlig ungiftigen Mittel sehr gute Resultate erzielt.

Discussion:

Haike (Berlin) theilt zu dem Herzfeld'schen Vortrage 2 Fälle mit, wo schwere Neurorecidive nach Salvarsan nicht zurückgingen.

Hartmann (Heidenheim-Berlin): Die orthoskopische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Nachdem der Vortragende die Erfahrung gemacht hatte, dass die orthoskopische, d. h. directe Untersuchung des Kehlkopfes besonders bei Tuberculösen sehr einfach und ohne wesentliche Belästigung für den Patienten auszuführen ist, wurden seit zwei Jahren alle Patienten mit Kehlkopftuberculose von ihm direct behandelt. Er benutzt einen Spatel von ovaler, sich conisch zuspitzender Form, der in der Mittellinie oder von den Mundwinkeln aus eingeführt, einen ausgezeichneten Ueberblick über die seitlichen Kehlkopfwandungen gestattet. Eine Zange wird demonstrirt für die chirurgischen Eingriffe, welche beim Schliessen und Oeffnen ihre Lage nicht verändert. Ausserdem verwendet H. Einblasungen von Natrium perboricum zur Entfernung der Secrete und Mentholinhalation mit der von ihm angegebenen Drahtgittermaske zur Nachbehandlung.

Steiner (Prag): Ueber Stimmbandpapillome tuberculöser Natur.

S. berichtet über einige interessante im laryngologischen Institut der deutschen Universität in Prag von ihm beobachtete Stimmbandpapillome, die unter dem Bilde vollständig gutartiger, als gewöhnliche Papillome bezeichneter Gewächse bei sonst ganz gesunden Leuten ohne klinisch nachweisbare Spur von Tuberculose auftraten und wo sich bei der nach vorgenommener Exstirpation erfolgten anatomischen Untersuchung in der Tiefe unterhalb der typischen papillomatösen Wucherungen ausgesprochene Tuberkelknötchen fanden. Er bespricht die klinische Stellung derartiger Neubildungen und fordert auf Grund des unerwarteten Befundes genaue histologische Untersuchung jeder, auch ganz harmlos erscheinenden Neubildung auf, wobei sich vermuthlich häufiger die tuberculöse Natur papillomatöser Stimmbandtumoren ergeben dürfte.

Strandberg (Kopenhagen): Die Behandlung des Schleimhautlupus nach Pfannenstill.

St. behandelt den Schleimhautlupus nach der Pfannenstill'schen Methode, indem er täglich 1,0—3,0 Jodnatrium giebt und nach Säuberung der Schleimhaut einen Gazetampon einführt, auf den Patient alle 10 Minuten etwas H_2O_2 tropfen

lässt. Mit dieser Methode erzielte er in über 50 pCt. der Fälle Heilung, in allen Fällen Besserung, wofür die combinirte Jod- und H_2O_2-Behandlung verantwortlich zu machen sei, da jedes Mittel allein nicht so gut wirke.

Discussion:

Silberstein (Blakenhagen) stellt aus seinem Material von 1206 Patienten fest, dass die mittelschweren Fälle von Tuberculose des Kehlkopfes heilbar sind. Er fordert daher, dass der Larynx aller Patienten untersucht wird zwecks rechtzeitiger Behandlung, die in Ruhigstellung, Allgemeinbehandlung und localer Application von Menthol etc. besteht.

Hutter (Wien) bezweifelt die günstigen Wirkungen des Tuberculins bei Kehlkopf- und Rachentuberculose, da er keine localen Besserungen, bisweilen sogar Verschlechterungen gesehen hat. Der einzige Vortheil der Behandlung bestehe darin, dass sich oft subfebrile Temperatur in afebrile verwandele.

Fränkel (Berlin) hat bei Kehlkopftuberculose sehr gute Erfolge von Tuberculin gesehen. Doch räth er zur Vorsicht wegen der Reaction, die durch Glottisschwellung zu Athemstörungen führen und die Tracheotomie nothwendig machen kann.

Lautmann (Paris): Die Elektrolyse in der Rhinologie.

L. erklärt, dass die Elektrolyse in der Rhinologie viel zu wenig angewandt werde, da die technischen Schwierigkeiten, eine gute Quelle mit constantem Strom zu erhalten, heute überwunden seien. Die Elektrolyse kann benutzt werden zu chemischer und destructiver Wirkung, ersteres besonders bei eitriger Rhinitis wegen der stark antiseptischen und leicht caustischen Wirkung der Elektrolyse, letzteres bei schwerer Zugänglichkeit, zur Vervollständigung des Operationsresultats bei submucöser Resection fibröser Polypen und besonders bei hypertrophischer Rhinitis im ersten Stadium; ferner auch bei manchen nervösen Rhinitiden und bei Adenotomien. Die Vortheile der Elektrolyse vor anderen chirurgischen Methoden bestehen darin, dass Blutungs- und Infectionsgefahr viel geringer sind.

Paunz (Budapest): Ueber die Complicationen der dentalen Kieferhöhlenempyeme.

Verf. hebt die Gefährlichkeit des dentalen im Vergleich zu dem nasalen Kieferhöhlenempym hervor. Das dentale Empyem entsteht meist infolge einer Zahncaries mit Pulpitis und Wurzelhautentzündung durch Durchbruch der knöchernen Alveolarbucht oder auf dem Wege von Gefäss- und Nervenlöchern. Gewöhnlich verlaufen auch diese Fälle günstig, doch hat Verf. 4mal schwere Complicationen, 1mal darunter sogar einen Todesfall erlebt. Im letzteren Falle kam es zu Meningitis und Hirnabscess, bisweilen war eine starke Knochendestruction vorhanden, die Verf. als Folgen einer Periostitis betrachtet. Der dentalen Kieferhöhlenentzündung kommt, wie dies alle 4 Fälle beweisen, entschieden eine ascendirende Tendenz zu, weswegen ihr die grösste Aufmerksamkeit in Bezug auf therapeutisches Vorgehen zu widmen ist; vor allem sind die Zähne genau zu untersuchen und nur mit grösster Vorsicht conservativ zu behandeln.

Dahmer (Posen): Chronische Nebenhöhleneiterung und ihr Einfluss auf das Gefäss- und Nervensystem.

D. hat in den letzten $3^1/_2$ Jahren bei 254 Fällen von Nebenhöhleneiterung folgende consecutive Erscheinungen am Gefässsystem festgestellt: Arteriosklerose, in 2 Fällen aneurysmatische Erweiterung der Aorta ascendens, fliegende Oedeme an den Wangen und Augenstörungen durch Beeinträchtigung der Circulation. Als Nervencomplicationen kommen besonders in Betracht: allgemeine schwere Neurasthenie, die mit der Heilung der Grundkrankheit zurückgeht, und Trigeminusneuralgien. Er empfiehlt, falls die conservative Therapie nicht schnell zur Heilung führt, für das Stjrnhöhlenempyem die Killian'sche, für Oberkieferhöhlenempyem die Caldwell-Luc'sche Operationsmethode.

Fein (Wien): Ueber einige Beziehungen zwischen Kieferhöhle und Thränennasengang.

Auf Grund der Beobachtung einschlägiger Krankheitsfälle und durch das Studium an zahlreichen anatomischen Präparaten hat F. die topischen Beziehungen der beiden Organe klargestellt. Die practische Bedeutung der Kenntniss dieser Verhältnisse betrifft einerseits die Möglichkeit des gegenseitigen Uebergreifens von Erkrankungen des einen Organs auf das andere, andererseits die Gefahr der Verletzung des einen Hohlraums bei operativen Eingriffen, welche am anderen ausgeführt werden. Genaue Kenntniss dieser anatomischen Verhältnisse ist für die Diagnose der Erkrankungen werthvoll und lässt die Ausführung von Nebenverletzungen vermeiden.

Fein (Wien): Demonstration einer Scheere zur Entfernung der Rachenmandel.

Glas (Wien): Ein neues diagnostisches Hülfsmittel.

G. berichtet über Stimmgabelversuche, die er bei einer grossen Anzahl von Empyemen gemacht hat und welche zu folgenden Ergebnissen geführt haben: Die in der Mittellinie über der Nasenwurzel aufgesetzte Stimmgabel wird nach derjenigen Seite gehört (lateralisirt), wo sich das Empyem befindet, welcher Umstand vielleicht auf die Aenderung der Schallleitungsverhältnisse zurückzuführen ist. Absolute Voraussetzung zum Gelingen des Versuches ist Intactheit des Gehörapparates. Diese in der amerikanischen Literatur als Glas' Versuch bezeichnete Probe ist nicht nur in diagnostischer, sondern auch in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit, indem die Lateralisation der Perception beim Abklingen des Processen geringer wird, um schliesslich ganz zu sistiren.

Discussion:

Fein (Wien) erklärt, dass man bei dem von Glas für das Kieferhöhlenempyem angegebenen diagnostischem Hülfsmittel, der Anlegung einer Stimmgabel an den Kopf, nicht wisse, welche der Nebenhöhlen erkrankt sei. Der Weber'sche Versuch der Ohrenärzte sei nur nach Ausschluss einer Nebenhöhleneiterung bindend.



v. Gyergyai (Kolosvár): **Neue Methode und Instrument für die Durchleuchtung des Siebbeinlabyrinthes, der Kieferhöhle, des Mittelohres und der Augenhöhle.** Demonstration.

Jacques (Nancy): **Ueber eine Aenderung in der operativen Technik bei der radicalen Operation der chronischen purulenten Stirnhöhlenentzündung.**

Verf. schlägt einige Aenderungen an der Killian'schen Operation zur Eröffnung der eitrig entzündeten Stirnhöhle und Siebbeinzellen vor. Er glaubt, dass man ohne Gefahr für den Patienten die vordere Wand der Stirnhöhle stehen lassen kann, wodurch man einen grossen ästhetischen Vortheil erzielt, und ist der Ansicht, dass man die Gefahr einer meningealen Infection erheblich herabsetzen kann, wenn man erst nach völliger Reinigung und aseptischer Tamponade der Stirnhöhle an die Eröffnung des Siebbeinlabyrinthes geht.

Loeb (St. Louis): **Flächen- und Rauminhalt des Sinus sphenoidalis.**

L. fand durch eine neue Messungsmethode in 20 Fällen, dass der Rauminhalt des Sinus sphenoidalis zwischen 0,5 und 11,8 ccm variirt, der Durchschnittswerth 5,145 ccm beträgt, während sich für den Flächeninhalt die Grenzen von 2,4—28,2 qcm und als Durchschnittswerth 16,65 qcm ergaben.

Marcellos (Smyrna): **Pansinusitis necrotica.**

Verf. berichtet über einen Fall von Pansinusitis necrotica, der sich durch die Grösse der nekrotischen Zerstörung auszeichnete; links starker Exophthalmus. Es konnten keine typischen radicalen Operationen gemacht werden, sondern Verf. musste den ganzen Begrenzungsknochen der linken Stirnhöhle und des linken sequestrirten Oberkiefers, letzteren vom Mund aus, reseciren. Dabei bestand allgemeine Pyämie mit metastatischen Abscessen an anderen Körpertheilen. Nach zweimaliger Operation wurde Patient völlig geheilt. Verf. nimmt an, dass die Eiterung vom Kieferknochen ausging und erst secundär in die Sinus durchgebrochen war.

Neumann (Wien): **Das Carcinom und die Metaplasie des Stirnhöhlenepithels.**

Verf. berichtet über zwei primäre Plattenepithelcarcinome, die an der laryngologischen Klinik in Wien zur Beobachtung kamen. Auf Grund von histologischen Untersuchungen und des klinischen Verlaufes kaun man annehmen, dass sich ein Carcinom aus metaplastischem Epithel der Stirnhöhlenschleimhaut entwickelt habe, für das andere Carcinom dagegen muss man als Entstehungsursache ein Trauma mit Epidermisverimpfung in die Tiefe annehmen.

van den Wildenberg (Antwerpen): **Die frontalen Stirnhöhlenentzündungen und ihre Complicationen bei den Kindern.**

Verf. weist darauf hin, dass der Sinus frontalis im 5. Jahre in 25 pCt. der Fälle schon ausgebildet sei, im 12. Jahre in 100 pCt., weshalb auch bei Kindern eine Sinusitis frontalis vorkomme. Verf. berichtet über 4 solche, zum Theil mit Meningitis complicirte Fälle, die er durch Operation geheilt hat.

Discussion:

Glas (Wien) hält die von v. d. Wildenberg geschilderten Fälle für Seltenheiten, weil meist mit conservativer Behandlung die Symptome zurückgehen. Nur die Fälle von Scharlachethmoiditis sind hartnäckiger, heilen aber auf einen Eingriff von aussen meist aus.

Kahler (Wien): Demonstration eines neuen Apparates.

K. demonstrirt Photographien, die mit einem modificirten Hays'schen Pharyngoskop und einem von der Firma Leiter (Wien) combinirten Apparat hergestellt wurden. Durch eine Vorrichtung, mittels deren die Lampen im Moment der Aufnahme überspannt werden, sind Aufnahmen von $^1/_2$ Secunde Expositionsdauer möglich.

---

c) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XX. Versammlung in Utrecht, 19. und 20. November 1910.

Vorsitzender: W. Schutter.

I. A. K. M. Noyons (Utrecht): Studien über den Consonanten L.

Mit dem Zwaardemaker'schen Apparat hat N. die Bewegungen des Kiefers, des Mundbodens, der Zunge, des Gaumens und des Kehlkopfes registrirt; die Luftbewegung untersuchte er mit dem Aerodromographen und den Aerodromometer. Um die gesammte ausströmende Luft auffangen und dem Messapparate zuführen zu können, hat er eine Athemkappe construirt, deren bewegliche, aus Caoutschuc gemachte untere Hälfte den Bewegungen des Unterkiefers folgt. Die Luft strömt fortwährend aus; der Kiefer bleibt geöffnet; der Mundboden ist mehr oder weniger fixirt; der weiche Gaumen nach oben gerückt. Das L wird von den verangehenden und nachfolgenden Vocalen beeinflusst.

Discussion:

Struycken macht darauf aufmerksam, dass beim Aerodromographen ein Theil des Ausschlages auf Rechnung der Trägheit des Apparates kommt.

Delsaux bemerkt, dass Noyons das L ganz anders ausspricht wie ein Franzose.

Zwaardemaker theilt mit, dass ein japanischer College das L nicht aussprechen konnte, d. h. wohl acustisch, aber nicht experimentell. Auch lehren die alten Linguisten, dass das Japanische kein L besitzt. Unser Japaner producirte einen Laut, der dem L ähnlich war; er erhob die Zungenspitze, ohne den Gaumen zu berühren; die Luft blieb durchströmend.

II. E. Buys: Demonstration des Nystagmographen.

III. F. H. Quix: Ein Tumor acusticus.

IV. H. Zwaardemaker: Anwendung der Ultramikroskopie bei der Wahl von Spülflüssigkeiten bei Ohrenentzündung.

V. E. J. J. Buytendyk: Die negative Variation der Gehörnerven, verursacht durch Schall.



VI. J. van der Hoeven Leonhard (Amsterdam): Demonstration von Knochenpräparaten von Varietäten von Nasennebenhöhlen.

Eine schöne Serie von Präparaten, namentlich von Keilbein- und Stirnhöhlen. Verf. weist nach, wie diese vom normalen Typus abweichenden Formen zu diagnostischen Fehlschlüssen und therapeutischen Missgriffen führen können.

Discussion:

Quix fragt nach den Procentverhältnissen der gefundenen Abweichungen. Sämmtliche demonstrirten Varianten beschreibt auch Onodi. Von practischer Wichtigkeit ist nur, ob dieselben häufig vorkommen.

Struycken betont, dass bei Stirnhöhleneiterungen, welche zur Operation kommen, bedeutende Abweichungen nur höchst selten vorkommen.

VII. J. Broeckaert (Gent): Nasale Neuralgie.

Für hartnäckige Fälle empfiehlt B. die Ausreissung der Nn. nasi int. et ext. Er sah in vier Fällen gute Resultate.

Discussion:

Sieburg kann sich zu dem Standpunkt, nach welchem sämmtliche Neuralgien operativ behandelt werden sollen, nicht bekennen.

Quix glaubt, es liege in solchen Fällen immer eine allgemeine Neurose der Neuralgie zu Grunde und es sei nicht logisch, zu operiren, weil sich die Neurose in anderer Form immer wieder zeigen werde.

Broeckaert operirt nur, nachdem alle anderen Methoden versagt haben.

VIII. V. Delsaux (Brüssel): Unfälle und Complicationen der Adenotomie.

Drei Fälle von Nasenblutung, einer von rubeolaartigem Ausschlag, vier von scarlatiniformen Erythemen, einer von Angina und einer von Torticollis. Die übrigens nicht tödtliche Blutung war zweimal von einem Adenoidreste verursacht; in sämmtlichen Fällen wurde tamponirt. Die Hautauschläge, die Angina und die Torticollis sind wohl dadurch zu erklären, dass sich im Rachen infectiöse Mikroben mit schwacher Virulenz befunden haben. (Ausführlich in Presse oto-laryngol. belge. 1910. No. 12.)

Discussion:

Hicguet hat ernste Blutungen stillen können mittelst Einspritzung von Wasserstoffsuperoxyd in die Nase. Torticollis ist nicht immer von infectiöser Art; kann auch die Folge sein von der Kraft, mit welcher man operirt und die vordere Wirbelaponeurose lädirt hat. Als infectiöse Complicationen hat er Anginen, Tubarkatarrhe und ausnahmsweise Mittelohrentzündung gesehen. Er hat Complicationen ausschliesslich beobachtet bei Kindern, die nach der Operation nach Hause gegangen waren.

Fallas erlebte einmal eine Blutung, welche glücklich verlief, und einmal einen Lungenabscess bei einem erwachsenen Patienten, der in Narkose operirt wurde und der wahrscheinlich Blut oder Adenoide einathmeten. Seitdem operirt er Erwachsene niemals mehr in Narkose.

Braat empfiehlt den Gebrauch scharfer Instrumente. Er hält die Kinder immer wenigstens 24 Stunden im Spital.

Broeckaert sah einmal allgemeinen Rheumatismus mit Endocarditis.

Quix hält für Kinder aus derselben Stadt Krankenhausaufnahme für überflüssig. Die Infectionsgefahr ist dort sicher nicht geringer als zu Hause.

Struycken nimmt im Gegentheil die Kinder bereits am Abend vor der Operation auf.

Schutter operirt nie in Narkose. Er hat immer die Patienten nach der Operation nach Hause gehen lassen, auch ausserhalb der Stadt, und schlimme Complicationen nicht erlebt.

IX. H. J. L. Struycken (Breda): A. Dacryocystorhinostomie.

Nach dem Vorgehen Toti's hat S. in zwei Fällen das Thränensächcken direct mit dem mittleren Nasengang in Verbindung gebracht. Das Säckchen wurde auf der Nasenseite freipräparirt, die unterliegende Knochenwand entfernt, in der Nasenschleimhaut und in derjenigen des Säckchens je ein V-förmiger Schnitt gemacht und die Läppchen vernäht. Vorläufig günstige Resultate.

Discussion:

Goris hat in der Presse oto-laryngol. belge eine sehr radicale Operationsmethode beschrieben: Abtragung des Säckchens sowie des Processus frontalis maxillae mit der erkrankten Haut und Drainage nach der Nase. In mehr als zehn Fällen hatte er immer ausgezeichnete Resultate.

B. Alkoholeinspritzungen bei Neuralgien der Zunge und des Kehlkopfes.

S. hat solche Einspritzungen bis jetzt in fünf Fällen gemacht. Bei Halsneuralgien mit Druckpunkten auf Zungenbein und Lig. hyo-thyreoid. ist der Erfolg ein auffälliger. Bei Zungenneuralgien dagegen hatte er nur ganz vorübergehende Erfolge. Er hat in diesen Fällen versucht, den N. lingual. unterhalb der Zunge zu erreichen; Einstich in der Höhe des zweiten Molaris 1,5 cm tief.

Discussion:

Broeckaert erachtet den Erfolg bei Kehlkopfneuralgien merkwürdig. Vielleicht wird das Mittel auch wider die Schmerzen bei der Kehlkopfphthise anzuwenden sein. Uebrigens können diese Einspritzungen niemals das leisten wie die Durchschneidung des Nerven: sie tödten den Nerven zeitweise; radicale Heilung bringen sie nicht.

C. Das Zwaardemaker'sche Symptom bei beginnender Sklerose.

D. Conservative Behandlung der Stirnhöhlenentzündung.

Seitdem S. bei einer Killian'schen Operation eine durch Paraffin nicht zu behebende starke Entstellung bekam, hat S. die letzten acht Jahre die vordere Höhlenwand nicht mehr entfernt. Sobald die endonasale Behandlung im Stiche lässt, macht er, bei chronischer wie bei acuter Entzündung, im inneren Augenwinkel eine Oeffnung, 5 mm im Durchmesser, und wird von derselben aus mit der Sonde der Höhlenboden perforirt. Schliesslich wird ein kleiner Spiraldrain eingeführt und die Hautwunde theilweise verschlossen. Curettirt wird nur bei



sehr starker Granulationsbildung. Auffallend schnell sieht man starke Wucherungen binnen wenigen Wochen zurückgehen. Tägliche Spülungen müssen gewöhnlich 4—5 Monate fortgesetzt werden. Unter 21 chronischen Fällen musste nur zweimal nachher radical operirt werden.

Discussion:

Quix hält die beschriebene Methode für durchaus ungenügend, weil einmal nicht die ganze Höhle von der Spülflüssigkeit erreicht wird, andererseits aber überhaupt nicht alle Fälle mit Spülungen allein zu heilen sind. Für acute Fälle ist Operation fast überflüssig, Dank dem Adrenalin. Auch sei dort der Eingriff durch den Knochen nicht ungefährlich; es könnte im Anschluss Osteomyelitis auftreten.

Siemens theilt einen Fall mit von einem alten Empyem der linken Kieferhöhle, wo auch Stirn- und Siebbeinhöhlen afficirt waren. Im Anschluss an eine Anbohrung vom unteren Nasengang aus entstand eine acute Entzündung der Stirnhöhle der anderen Seite mit Eiterung in der Orbita. Links wurde nach Killian operirt; rechts nur eine kleine Oeffnung in der vorderen Wand gemacht. Die beiden Höhlen communicirten. Nach 10 Tagen plötzliches Erkranken und Tod. Dehiscenzen in der inneren Wand der linken Höhle hatten die Bildung eines Hirnabscesses bewirkt. Vielleicht hat hier eine Osteomyelitis mitgespielt.

Struycken kennt die durch Operation entstandene Osteomyelitis nicht. Uebrigens operirt er acut entzündete Höhlen nur, wenn nach einigen Tagen endonasaler Behandlung Schmerz und Fieber bestehen bleiben.

X. F. H. Quix: A. Experimente mit dem Barany'schen Lärmapparat. B. Eine Erfahrung mit der directen Laryngoskopie.

Bei einem seit einem Jahre an Heiserkeit leidenden jungen Manne war wegen grosser Reflexe, kurzen Halses und dicker, kräftiger Zunge die Laryngoskopie unmöglich, sogar mit Cocain. Die directe Laryngoskopie nach Killian war ebenfalls sehr schwierig, indessen gelang dieselbe, und konnte ein Stimmbandpolyp diagnosticirt werden. Unmittelbar nachher gelang nun auch die Laryngoskopie mit der grössten Leichtigkeit. Q. erklärt dies durch den vom Bronchoskop auf die Zungenbasis ausgeübten Druck, infolge dessen die Tastempfindung selbst fast gänzlich aufgehoben gewesen.

Discussion:

Schutter erinnert an eine Mittheilung im Archiv für Laryngologie, nach welcher namentlich die Zungenbasis und die Insertionen der Gaumenbögen cocainisirt werden sollen. Es dürfte der Effect der directen Laryngoskopie vielleicht nur dadurch zu erklären sein, dass diese Theile vor derselben gründlicher wie sonst cocainisirt gewesen.

XI. A. Fallas (Brüssel): Erfahrungen mit dem Mittel von Ehrlich.

Zusammen mit Hicguet hat F. drei Fälle beobachten können: einen Fall von Nasen-, einen von Hals- und einen von Zungenlues. Im sämmtlichen Fällen hatten Quecksilber- und Jodicuren versagt und es trat nach einer einzigen Salvarsaneinspritzung unerwartet rasche und vollständige Heilung ein. Ob dieselbe eine bleibende sein wird, ist nicht vorherzusagen.

XII. L. J. de Rochemont: Hülfsmittel zur Uebung von Taubstummen und Tauben.

XIII. E. C. C. van Lennep: Die Entwickelung der Abweichung im Gehörorgan der Tanzmaus.

XIV. J. M. Kooy: Das Gehörorgan eines tauben Hundes.

XV. A. de Kleyn (Utrecht): Pathologisch - anatomische Befunde an der Schleimhaut der Nasennebenhöhlen und am Gesichtsnerven bei Nebenhöhlenaffectionen.

Auf Grundlage von einigen Leichenbefunden bei tödtlich verlaufenen Nebenhöhlenentzündungen macht Verf. folgende Folgerungen: 1. Die Fälle, in welchen im Anschlusse an eine Entzündung der hinteren Nebenhöhlen eine Neuritis optica eintritt, werden anstandslos aus dem Fortschreiten der Entzündung entlang der Knochencanäle erklärt. 2. Dass in den meisten Fällen eine Neuritis axialis auftritt, dürfte pathologisch-anatomisch nicht leicht zu erklären sein. Es können ja die Abweichungen klinisch sehr ernste sein, ohne dass Entartung der Nerven nachweisbar wäre. 3. Dass die Nerven in pathologisch-anatomischem Sinne so lange intact bleiben, erklärt die klinische Thatsache, dass nach Operation der Nebenhöhlen auch ernste Augenabweichungen gänzlich verschwinden können.

XVI. P. H. O. van Gilse (Haarlem): Ein Fall von Entzündung der Nasennebenhöhlen mit Neuritis retrobulbaris.

Bei einer 35jährigen Frau entstand im Laufe einer Coryza Gesichtsabnahme rechts mit Schmerz hinter dem Auge, rechtsseitigem Kopfschmerz und geringer Schwellung in der Umgebung des Auges. Status (14. September): Visus O. D. $^2/_{60}$; O. S. 1. Mydriasis und geringe Reaction auf Licht und Convergenz. Fundus normal. Röthung der Sklera, Oedem des oberen Lides, Exophthalmus, Störung in der Function der Augenmuskeln mit Doppelbildern, alles in geringem und wechselndem Grade. Geringe peripherische Gesichtsfeldeinschränkung, centales Skotom für Weiss und Farben, Vergrösserung des blinden Fleckes für Farben und ein absolutes Ringskotom. Seit vier Jahren stinkende Naseneiterung, überwiegend rechts. In der rechten Nasenseite Eiter sowohl medial wie lateral von der mittleren Muschel. 24. September: Abtragung der mittleren Muschel, dann etwas Bessetung: Visus $^4/_{60}$; Ringskotom etwas schmäler. 4. October: Eröffnung der hinreren Siebbeinzellen; aus der am meisten rückwärts gelegenen kommt Eiter heraus: kein Einfluss auf die Augensymptome! 13. October: Eröffnung der Keilbeinhöhle; Eiter wird entleert. Wider Erwarten keine Besserung des Auges. 31. October: Eröffnung der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen. Die Stirnhöhle ist gesund; eine Siebbeinzelle ist mit Schleimeiter gefüllt. 1. November: Exophthalmus nahezu verschwunden; die Umgebung des Auges viel ruhiger, Ringskotom verschwunden, Visus $^1/_2$. Die Besserung nimmt rasch zu. 6. November: Visus 1. Wider die Regel scheint hier die Neuritis optica von einer vorderen Siebbeinzelle ausgegangen zu sein.

Discussion:

de Kleyn weist auf die Doppelbilder und auf die constatirte Eiterung der hinteren Nebenhöhlen hin. Er glaubt, die Heilung sei nur zufälligerweise im An-

schluss an die letzte Operation eingetreten; nichtsdestoweniger sei die Ursache der Augenaffection im hinteren Siebbein zu suchen.

van Gilse antwortet, dass wegen einer heftigen Nachblutung die zweite Operation ein paar Wochen hat verschoben werden müssen. Diese ganze Zeit gab es keine Spur von Besserung. Nach der Operation am vorderen Siebbein dagegen zeigte sich binnen 24 Stunden eine überraschende Besserung.

Braat theilt zwei Fälle mit: 1. Ein Bauer, der seit zwei Tagen schlecht sah und bei dem der Visus $^1/_{60}$ war. Endonasal wurde eine grosse Siebbeinzelle eröffnet und aus derselben eine grosse Menge Eiter entleert. Nach zwei Wochen Visus fast normal und das centrale Skotom verschwunden. 2. Eine Frau mit einer acuten infectiösen Nasenentzündung. Hier gingen die festgestellten Augenerscheinungen spontan zurück. Solche Fälle sind nur als Kreislaufstörungen zu erklären.

Quix sah etwas Aehnliches: Kopfschmerz und Augensymptome verschwanden nach der Abtragung eines Polypen aus der Keilbeinhöhle.

XVII. P. Th. L. Kan (Leiden): A. Obductionsbefund des in der vorigen Versammlung demonstrirten Patienten mit Hypophysistumor.

Der Patient musste von Neuem aufgenommen werden: Zunehmende Kopfschmerzen u. s. w.; Exitus. Bei der Section zeigte sich eine mandarinengrosse Geschwulst an der Hirnbasis, die auch die Sella turcica gänzlich ausfüllte. Die Masse drang durch eine breite Oeffnung in der Sella durch die Keilbeilhöhle in die Nase vor.

Discussion:

Quix ist nicht geneigt, die Sella turcica zu eröffnen. Er würde das nur thun, wenn sich herausstellen sollte, dass gutartige Cysten daselbst häufig vorkommen.

Kan erinnert an die Publicationen von Hirsch.

Burger hat voriges Jahr in Wien einen der Hirsch'schen Fälle untersuchen können. Man konnte in der Keilbeinhöhle den Rest der unzweifelhaft gutartigen Geschwulst sehr schön sitzen sehen.

Braat meint, dass auch im Falle einer Cyste die Operation einen grossen Nutzen nicht haben wird, weil es immer unmöglich sein wird, dieselbe zu entfernen.

Kan sagt, man könne nach der Umklappung der Nase jedenfalls eine grössere Oeffnung herstellen, als beim endonasalen Vorgehen. Im Falle einer gutartigen Cyste kann man die Gelegenheit zum Abfluss und Auswachsen nach der Nase hin schaffen und also eine Heilung herbeiführen.

B. Ein Fremdkörper der Speiseröhre.

Ein Knochenstück mit scharfem Rande, im oberen Speiseröhrentheil eingeklemmt. Extraction mit Bronchoskop unmöglich. Heilung nach äusserem Speiseröhrenschnitt.

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Schutter, Vorsitzender, Burger, Secretär-Bibliothekar, van Anrooy, Schatzmeister.

Die nächste Versammlung wird im November 1911 in Amsterdam tagen.

H. Burger.



VI. Briefkasten.

An unsere Leser!

Mit dem neuen Jahrgang des Centralblatts soll auf mehrfache Anregung aus unserem Leserkreise eine versuchsweise Neuerung stattfinden, indem von Zeit zu Zeit über irgend ein actuelles oder im Vordergrunde des Interesses stehendes Thema Sammelreferate aus der Feder eines mit der betreffenden Frage besonders vertrauten Referenten erscheinen werden, und zwar beabsichtigen wir, dazu gelegentlich auch Autoren heranzuziehen, die ausserhalb des ständigen Mitarbeiterstabes des Centralblatts stehen. Es sei betont, dass mit Einführung dieser Neuerung das Centralblatt durchaus nicht seinem alten Princip, keine wissenschaftlichen Originalartikel zu bringen, untreu zu werden beabsichtigt. Die in Aussicht genommenen Artikel sollen nichts anderes darstellen, als kritische Uebersichtsreferate über die in den letzten Jahren erschienene Literatur. Wir werden unseren Lesern sehr dankbar sein, wenn sie uns bei der Wahl der Themata für die Sammelreferate durch Anregungen und Wünsche unterstützen würden.

Das erste Sammelreferat wird in der Januarnummer aus der Feder von A. Alexander (Berlin) erscheinen und hat die Ozaena zum Gegenstand. F.

Lepoold Lichtwitz †.

Am 24. Juni d. J. starb in Graz, wo er die letzten Jahre seines Lebens zubrachte, im Alter von 53 Jahren Leopold Lichtwitz, der, geborener Oesterreicher und ein aus der Wiener Schule hervorgegangener Laryngologe, lange Jahre mit Erfolg in Bordeaux gewirkt hatte. Unter seinen zahlreichen Arbeiten ist in erster Linie eine grosse Reihe solcher zu nennen, die sich mit den Nebenhöhlenerkrankungen beschäftigen, auch sei daran erinnert, dass er der erste war, der die Probeausspülung der Oberkieferhöhle von einer im unteren Nasengang angelegten Punctionsöffnung empfahl. Erwähnung verdienen auch seine zusammen mit Sabrazès ausgeführten Untersuchungen über den Blutbefund bei adenoiden Vegetationen. F.

Personalnachrichten.

In New York starb 79 Jahre alt Hermann Knapp, von Geburt ein Deutscher. Vornehmlich Ophthalmologe und Otologe, hat Knapp auch eine Anzahl von rhinologischen Arbeiten geliefert, von denen solche über „Osteome der Stirnhöhlen“ und „Mucocele des Siebbeins mit Verdrängung des Augapfels“ genannt seien. Mit H. Moos zusammen war Knapp Begründer der Zeitschrift für Ohrenheilkunde.

Des in Würzburg, wo er Professor der Anatomie war, verstorbenen Philipp Stöhr haben auch die Laryngologen Anlass, in Dankbarkeit zu gedenken. Durch Stöhr's Arbeiten ist unsere Kenntniss vom Bau der lymphatischen Rachenorgane wesentlich gefördert worden; auf seiner Entdeckung von der Durchwanderung der Lymphocyten durch das Epithel basiren die modernen Theorien über die Function der Mandel und über ihre Rolle als Eintrittspforte für Krankheitserreger.

Wie uns mitgetheilt wird, hatte der Verein Deutscher Laryngologen Bernhard Fränkel, um seine hervorragenden Verdienste um die Laryngologie zu ehren, zu seinem Ehrenmitgliede ernannt. Das Diplom sollte am 75. Geburtstage überreicht werden. Es konnte leider nunmehr nur noch seinen Angehörigen zugestellt werden.



Namen-Register.*)

A.

Abbott, W. J. 449.
Aboulker 149, 169, 247, 334.
Achard 457.
Adam 210.
Alagna 334.
Alamartine 16, 29, 225.
Albert, Henry 3.
Alcock, N. 204.
Alexander, A. (Berlin) 80, 81, 325, 508.
Alexander, B. 434.
Alexander, O. (Reichenhall) 119.
Alexander (Frankfurt a. M.) 328.
Alkan 257.
Ambrosini 36.
Andereya 170.
Appert 523, 526.
van Anrooy 98.
Arms, B. L. 313.
Arnheim, G. 296.
Arnoldson, Nil 220, 430, 461.
Arquellada 577.
Arrowsmith 133, 352, 409, 448.
Ascoli 62.
Aulmann, G. 213.
Austori, A. 215.
Avellis 158, 298, 377, 560.
Avelim, Martin 223.

B.

Backer, J. P. 171, 215.
Bacmeister 364.
Badgerow 475.
Baeza 101, 113.
Bahri 270.
Ballenger, W. L. 163, 278.
Baltar 268.
Ban 429.
Barajas 384, 386.
Barbera 156, 356, 384, 388.
Barjou 322.
Barlatier 77.
Barnes 410.
Barth, E. 508.
Barton, W. M. 255.
Barwell 144.
Bauer 270.
Baumgarten, E. 5, 59, 180. 402, 414, 432, 436.
Baurowicz, A. 127.
Bayer 515.
Béal 450.
Bean 332.
Beck (Heidelberg) 172.
Beck, Joseph C. 157, 259, 342.
Beck, August L. 573.
Becker, E. 258.
Beckmann 364.
Beco 88, 95, 515.
Beebe, S. P. 359.
Benda 323.
Benjamins, C. E. 344.
Bentzen 58, 258.
Berard 138, 203, 503.
Berg, J. 55.
Bergengrün 172.
Bergh, Ebbe 198.
Bergmann 62.
Berini 11.
Berlèmes 469.
Bertran 388.
Beust, von 125.
Biaggi 507.
Bieganski 249.
Biehler 459.
Binnerts 101.
Bircher 579.
Birkett 280.
Bissell, W. G. 177.
Black, Wme. D., 450.
Black, Nelson M. 484.
Blain, Alex W. 118.
Blanke 345.
Blasioli 6.
Blatt 448.
Blaauw 304.
Blegvad 194, 195, 198, 311, 327, 445.
Bloch 258.
Blondian 88.
Bloom, J. N. 210.
Blos, Edwin 9, 568.
Blumenau 50, 350.
Blumenfeld, F. 33, 35, 182, 328, 369, 479.
Blumenthal 192, 193, 208.
Bo 398.
Bocca 466.
Bocchia 398.
Bode 499.
Boenninghaus 365, 368, 379, 489.
Boer 462.
Boettcher, Henry R. 262.
Bogolowski 211.
Bohac 156, 244.
Bolten, G. C. 181.
De Bon 32.
Bonain 346, 416, 470.
Bonnet 493.
Bonney 579.
Borykin 574.
Bosviel 288.
Bourdier 155.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

Bosse **355**.
Botella 382, **383**, **387**.
Botey **221**, **416**, 587.
Boulay **136**.
Braat 598.
Bouragnet **146**.
Bouvier, P. **127**, **380**.
Bôval **95**, **512**.
Boyce, J. W. **179**.
Braat **598**.
Brain **408**.
Brandt **130**.
Brat **101**, 233.
Braun, Alf. **122**, **249**.
Braun, J. **230**, **437**.
Brawiley **255**.
Breitenmaier **298**.
Brémond **168**.
Bresgen **563**.
Brewster 5.
Breyre 160, **217**.
v. Brezowsky **54**.
Brieger 92, 365, 375.
Brindel **469**, 470.
Brislow **155**.
Britzmann **111**.
Brocq 54.
Broeckaert **22**, **54**, 84, **93**, 95, **96**, **129**, **184**, **208**, 233, 239, **338**, **361**, **471**, **512**, **514**, **515**, **516**, **517**, **519**, **567**. **590**, **598**, **599**.
Bronner **427**.
Brown, Geo V. J. **484**.
Brown, Edw. J. **255**.
Browne, J. Price **283**.
Bruck 82, **216**.
Brückner, M. **131**.
Brühl 82.
Brunetti **215**.
Brünings **139**, **371**, **372**, **376**, **586**.
Bucklin Ch. A. 57.
Buhl 198.
Burack, S. **56**, 150, **151**, **212**.
Burger **61**, **99**, **233**, **235**, **257**, **264**, 602.
Burke, J. A. **216**.
Butt, Wm. R. **11**.
Buys **301**, **518**, **520**.
Byington, J. S. **64**.

C.

Caan **397**.
Caboche **286**, **416**, **471**.
Calamida **38**.
Caldera **176**, **256**, **495**.
Calhoun, F. P. **17**.
Campbell, R. P. **175**.
Canépele **38**, 39, **415**.
Candela **382**, **385**.
Canfield, K. B. **10**.
Cantas **72**.
Capart sen. **85**, **95**.
Capart jr. **76**, 84, 94.
Capelle 237.
Carceller **118**.
Mc. Cardy **494**.
De Carli **39**.
Carrel, Alexis **203**.
Carter, Wm. W. **8**, **130**, **400**, **463**.
Casselberry, W. E. 276, 281, 305.
Castaneda 381, **384**, 387, **396**.
Castex **133**, **148**, **189**, **259**, **286**, **287**, **288**, **474**.
Castroverde **444**.
ten Cate 233.
Cathcart **142**, 474.
Ceci 239, **245**.
Cermona **386**.
Charles, Herbert **128**.
Charlier **430**.
Chatelain **217**.
Chamberlin **494**.
Chassin **416**.
Chavanne **5**, **147**, **298**, **338**.
Chenewy, W. E. **2**.
Cheval 58, 84, 97.
Chiari, O. **230**, **264**, **353**, **437**, 476, 490, 588.
Chorazycki **455**.
Choronshitzky **10**, **121**.
Christen, Th. **113**.
Cisneros **268**, 386, 389.
Citelli **37**, **72**, 165, **252**.
Claoué **265**. **470**.
Clark, E. E. **217**.
Clark, J. Payson **222**, 274, 277, **301**.
Clarus **462**.
Claus **120**.
Coakley 281, **282**.
Cobb 281.
Cobos **400**.
Cocks, H. **264**.
Codivilla **259**.
Coffin, Lewis A. **279**.
Cohn, G. **157**, **315**.
Cohen, Leo **410**.
Collet **27**, **87**, 138, **575**.
Colley **411**.
Collier, Clinton C. **396**.
Compaired **13**, 58, **345**, 381, 382, 383, 386, **388**, **485**.
Comrie, J. D. **256**.
Comroe, Jul. H. **171**.
Mc. Connell **572**.
Coolidge, A. jr, **107**.
Cooper, C. M. **421**.
Comer, E. M. **132**.
Conrad **406**.
Constantin **146**.
Constantinescu **431**.
Cones, W. P. **124**.
Costiniu **431**. **592**.
Cotte **419**.
Courtade **189**, **190**, **285**, **286**, **287**.
Coy, Alex. N. Mac **280**.
Cramp **561**.
Coy, John Mac **401**, **418**.
Cozzolino 62.
Crane, Cl. G. **338**.
Mc. Cready, E. B. **70**.
Crile, G. W. **75**, **465**.
Crochett **494**.
Crotti **502**.
Culbert, Wme. L. **452**.
Cullagh, S. Mc. **564**.
Curschmann 497.

D.

Dahmer 587, **595**.
Dannehl 563.
Daudois **344**.
Daumann **64**.
Davies, H. Morriston **185**.
Davies, J. R. **66**, **132**.
Davis, H. J. **103**, **142**, **143**, **144**, **426**, **427**, **475**.
Dean **130**.
Decherd, H. B. **164**.
Degrais 72.
Déjerine 68.
Déjouany **61**.
Delavan **278**, 282, **496**.
Delie 84, **94**.
Delneuville **211**.
Delove **29**, 75, 225, **237**.
Delsaux, V. **49**. **83**, **86**, **89**, **91**, **511**, **513**, **518**, **521**, 597.

Dencker, H. (Frankfurt) **27**.
Denker **11**, 588.
Dependorf **124**.
Derscheid **137**, **221**.
Dickson, J. A. **12**.
Diemont **332**.
Dieterle 224.
Dillon **186**.
Dlugasch **184**.
Dobrowolski, L. **119**.
Dodin **152**, **572**.
Dogiel, J. **243**.
Donelan **104**, **424**, **475**.
Donogany 435.
Doughtery, J. P. **130**.
Downie, Walker **428**.
Doyen **215**, 239.
Dreher **173**.
Drenkhahn 258.
Dresch, J. **53**.
Dreyfuss, G. **253**, **367**, 368, 370.
Druelle **214**.
Dubinski **152**.
Dubois-Reymond 316.
Ducker, John W. **561**.
Dufour, C. R. **135**.
Dupond **255**.
Dupuy **305**.
Duverger **408**.
van Duyse **52**.

E.

Eastman, J. F. **226**.
Ebert, O. 358.
Ebstein, Erich **219**.
Ebstein, W. 185, **567**, **577**.
Echtermeyer 81, **324**.
Eckstein 55, **323**.
Egbert, J. H. **7**.
Egidi **39**, **127**, **267**.
Egis **411**.
von Eicken **377**, 447, 587.
Eidesheim, G. **463**.
von Eiselsberg 118, 240, 490.
Elliot, A. R. **175**.
Elsberg, Ch. A. **203**, **396**.
Elsner **375**, 376, 585.
Emerson, Francis P. **162**, 163.
Encina, Gimenez **248**.
Ephraim, A. **28**, **110**, **247**, **296**, 584, 585.
Erbrich, F. **311**, **348**, **482**, **550**.
Erbstein **389**.
Erdélyi **218**.
Erdmann, J. F. **463**.
Erkes **582**.
Escat **19**, 93, **309**, **345**.
Esch **446**.
Eschweiler **329**.
Eucinas 385.
Eulberg **563**.
Mc. Evans 143.
Eves, Curtis C. **176**.

F.

Falk **36**.
Fallas 101, **445**, **454**, **513**, **516**, 598, **600**.
Fanöe **455**.
Fedeli, C. **261**.
Fein **229**, 230, **231**, **246**, **437**, 476, 595.
Felix 431.
Fernandés **85**, **514**, **515**.
Fernando **72**.
Ferreri **202**, **415**, 578.
Fiaschi **51**.
Fievey, R. **309**.
Finder 80, **81**, 82, 192, 193, 319, 323, **324**, **325**, 326, 372, **414**.
Fischer **325**, **363**, **481**.
Flatau **160**, **265**, **505**.
Flesch, A. **361**.
Flieg **30**.
Fliess, W. **78**.
Foster, E. E. **484**.
Foster, Hal **264**.
Fournié **287**.
Fowell 423.
Fox, Clayton 425.
Foy, R. **206**, **286**, **287**, **470**.
Franck, François **337**.
Franke **466**.
Fränkel, B. **107**, 323, 594.
Frankenberg 373.
Frankenberger **59**.
Franklin 308.
Fraser, J. S. **256**, **428**, **493**. **572**.
Freeman **567**.
Freedman 495.
Freer, O. J. **116**, 162, **164**, 260, **451**.
French, J. R. **4**, **427**.
Frese **257**, 430, 585.
Freudenthal, W. **186**, **295**, **301**, **355**, **429**, **482**.
Freund, L. **399**.
v. Frey **15**.
Freystadt **576**.
Fridenberg, Percy **64**.
Fried **497**.
Friedberg **407**.
Friedrich 369, 370, **563**.
Froehlich, A. **446**.
Fröschels **413**, **414**, 505.
Fry, Roice D. **156**.
Fuchs, H. **14**.
Fülleborn **204**.
Fullerton **404**, 429.
Funarola, G. **496**.
Furrer, A. F. **262**.

G.

Gärtner **248**.
Galdiz **202**.
Galebsky **110**, 418.
Gallegas **383**, 386.
Ganowicz **560**.
Gantvoort **99**.
Gantz **493**.
Garbini **246**.
Garcia, Illure **348**.
Gardiner **201**.
Garel **573**.
Garraghan, E. F. 207.
Gastinel 408.
Gaté **322**.
Gaub, Otto C. **28**.
Gaucher **214**.
Gaudier **340**.
Gault **449**, **471**.
Gavello **43**.
Gawrilow **12**, **150**.
Gayet **582**.
Gebarski **31**.
van Gehuchten **68**.
Genschmer **570**.
Genta **39**.
Gerber **4**, **12**, **53**, **157**, **167**, **307**, **333**, **480**, **486**, **491**, **560**, **572**.
Gereda **382**.
Gèzes **347**, **571**.
Gibb, B. J. **18**.
Giessing **332**.
Giffin **445**.
Gignoux **314**, **348**.

Gigon **361.**
Gilardini **315.**
Gilpatrick **410.**
van Gilse **101, 601.**
Gimenz **386.**
Gioseffi, M. **111.**
De Giovanni 39.
Girard **134, 463.**
Glas **223, 229, 438,** 468, **476, 477, 595,** 597.
Gleitsmann. J. W. **21, 179,** 182.
Glücksmann 586.
Goebel **413.**
Goldbach, L. J. **334.**
Goldbladt, H. **171.**
Goldmann, R. **167.**
Goldschmidt, R. **244.**
Goldstein **158,** 190, **206,** 261, **390, 391.**
Goldsmith, P. **169.**
Goodale, E. W. **350.**
Goodale, Joseph L. **243,** 276.
Gording **303.**
Goris 17, 58, 85, 94, **118,** 209, 349, 455, 457, 458, 499, 510, 514, 517.
Gotthilf **126.**
Gottstein 110, 586.
Goyanes **169.**
Grabower 22, 191, 323, 324, 508.
Gradenigo 39, 299, 506.
De Gradi **135, 354, 459.**
Graff, H. **71.**
Gräffner 80, 325, 497, 509.
Graham 412, 475.
Gramstrup 197.
Grant, Dundas 103, **104,** 143, 144, 423, 427, 429.
Grayson, Ch. P. **274.**
Grazzi **505.**
Greene, Crosby **108, 279,** 416.
Greene, Joseph B. **495.**
Greidenberg 150.
Grillières 55.
Grönholm **404.**
de Groot **100.**
Gross, S. **313.**
Grossard **470.**
Grossmann, M. **137.**
Ground, W. E. **65.**
Grünwald, L. **114, 253.**
Gruet **456.**
Gruner **341, 447.**
Gryschkewitsch **151.**
Güntzer **449.**
Gugenheim **132.**
Guirand, S. **31.**
Guisez **97, 147, 227, 271,** 286, 288, **321, 417, 420,** 471.
Gutherlet **210.**
Guthrie, Th. **170.**
Gutmann, A. **403.**
Guttmann, V. **313, 381.**
Gutzmann **366, 504,** 508, 521, 526.
Guyot **129.**
Gwinn **410.**
v. Gyergyai **335,** 434, **570,** 596.

H.

Haas, L. V. **418.**
v. Haberer **172.**
Haberfeld, W. **252.**
Hänlein 80.
Hahn **7.**
Hajek **209.**
Haike 80, 81, **191, 254,** 593.
Halbeis, J. **523.**
Halász **202, 305.**
Hald, P. Tetens **116, 196,** 327, 446.
Halle 80, 81, 82, 324, 325, 326, **400, 448.**
Halmes **346.**
Halpenny **29.**
Halsted 495.
Hamilton, T. K. **261, 483.**
Handley, W. Sampson **246.**
Handmann, E. **359.**
v. Hansemann 237.
Hanszel **4, 229, 476.**
Harper, J. **455.**
Harris, J. J. **408.**
Harrower, W. R. **492.**
Hartmann, A. **4, 204, 299,** 369, 372, 593.
Haskin **396.**
Haslund **458.**
van Hasselt **98.**
Hastings **142, 167, 310,** 423, 427, **568.**
Hatzler 5.
Haudek **414.**
Hayes **456.**
Hays, Harold **304, 333,** 483, **571.**
Hazen **570.**
Hecht **284.**
Heermann **406.**
Heidingsfeld **407.**
Heilbronner **412.**
Helbing **174.**
Helgyström **430.**
Hellat **190, 342, 389, 390,** 391.
Helt **103.**
Hempel 325.
Henke **159.**
Henkes **98,** 102.
Hennebert 95, **140, 228,** 511.
Henrichsen, J. **119.**
Henrici 35, 376.
Herausgebernotiz **18, 115,** 125.
Herber **60.**
Herbert **190.**
Herdman **563.**
Hering **152, 430.**
Herry, A. **160.**
Herxheimer **363.**
Herzfeld 192, 193, **592.**
Heymann, P. 81, **107,** 167, 191.
Heyrovsky **322.**
Hicguet **92, 114, 140, 170,** 445, 454, 462, 598.
Hill, A. J. **65, 424, 425,** 475.
Hill, G. W. **321.**
Hill, Havilland **104, 142,** 143.
Hinsberg 110, 372, 374.
Hirano **399.**
Hirsch **59, 117, 251,** 433 **451, 476, 477, 490,** 588.
Hirschland **34.**
Hirose, W. **175.**
Hobmeier **357.**
Hofbauer **586.**
Höhlein **389.**
Hölscher **326.**
Hönck **51.**
Hoerner **380.**
Hoesslin, H. von **214.**
Hoeve, van der **404, 405.**
Hoffmann, Rud. (München) **7, 74, 136,** 221, **284,** 285, **297,** 372, **429.**

Hoffmann, R. (Dresden) 59, 300, 303, 370, 486.
Holm, M. J. 456.
Holmgreen 36, 430, 562.
Holzmann 243.
Hopmann II. 34, 35, 223, 328, 372.
Horcasitas 384.
Horn, Henry 109, 261, 486, 489.
Horne, Jobson 424.
Horsford 403, 428.
Hoton 30.
Houston, A. J. 310.
Hovell, Marck 423.
Howarth 424.
Hubbard 64.
Hubert, Camille 287.
Hudoverning 50.
Hueter 4.
Huey, A. J. 116.
Humblé 95.
Hunt, J. R. 50.
Hurre 58.
Hutter 25, 230, 438, 486, 594.
Hurwitz 319.

I. J.

Jaboulay 72, 464.
Jackson, Chevalier 140, 281, 283, 334, 584.
Jackson, J. M. 226.
Jacobson, A. S. 99.
Jacoby, W. 213.
Jacques 93, 145, 469, 471, 472, 473, 519, 596.
Jallas 510.
Jankauer, Sidney 163, 223, 479, 482, 499.
Jankowski 266.
Jansen 112.
Janssen, Th. 24.
Jauquet 83, 85, 89, 95, 120, 342, 343.
Jawgenhorsoi 428.
Jay, M. 338.
Jean, G. 183.
Jeanselme 346.
Jehender 151.
Jenings 419.
Jereslaw 24.
Jervey, J. W. 126, 563.
Iglauer 500.
Illure, Garcia 348, 361.
Imamura 503.
Imhofer 3, 62, 133, 202, 207, 212, 219, 454, 508, 592.
Ingals, E. Fletcher 28, 276, 283.
Ingersoll 280.
Inglis 497.
Johnston, Richard H. 26, 334.
Jones, G. W. 258.
v. Irsai 187, 188.
Ishizuka, T. 169.
Isonni 416.
van Iterson 234, 237.
Jüngerich 503.
Jürgens 150.
Jung 365.
Junis, Joseph P. 302.
Iwanoff 70, 71, 182, 575, 576.
Iwata 458.

K.

Kacz 390.
Kafemann 397, 398.
Kahler 229, 231, 269, 314, 319, 438, 584, 597.
Kahn 577.
Kakisowa 185.
Kan 98, 101, 235, 236, 250, 602.
Kander 522.
Kano, S. 172.
Karasawa 412.
Karbowski 136.
Katz 371, 375.
Katzenellenbogen 149.
Katzenstein 66, 316, 335, 506.
Kauffmann 470.
Kaufmann 354.
Kausch 138, 419.
Mac Kay, T. S. 484.
Kayser, Curt 65.
Mc. Keen, Sylvester T. 495.
Keill 474.
Keith, Arth. 227, 272.
Keller 35.
Kelling 503.
Kelly, Brown 429.
Kelson 104, 427, 474.
Kenyon 571.
Kerl 561.
Kerminski 388.
Kerr 570.
Kiär, Gottlieb 196, 198.
Killian, G. 49, 363, 368, 369, 371, 372, 374, 375, 376, 481, 543, 564, 565, 584, 585.
King, G. L. 211.
Mc. Kinney, Achmond 62.
Kirstein 49.
Klein 125, 197.
de Kleyn, A. 234, 405, 490, 601.
Knight, Ch. H. 283.
Knipe, Geo W. 347.
Knopf, H. E. 178.
Koblanck 566.
Kobrak 216.
Koch 358, 434.
Koch, A. 219.
Kocher 239, 359, 501.
Köhler 113.
Kölle 333.
König (Paris) 86, 87, 148, 265, 287, 568, 573.
Königstein, Marck 164, 462.
Kofler 229, 312, 477.
Konietzny 110.
Konried 444.
Körner 20, 23.
Korostowzow 205.
Korybut-Daszkiewicz 459.
Kothe 60.
Kovacs 76.
Kowarski 398.
Kozerski, A. 300.
Krämer, R. 64.
Kramer 258.
Kraus 148, 320, 468.
Krecke 502.
Krehl, L. 73.
Kretschmann 112.
Kretschmer 131.
Kreuzfuchs, S. 224.
Krogius 492.
Kronenberg 36, 569.
v. Kuester 420.
Kümmel 365, 368, 369, 371, 523, 525.
Küpferle 467.
Kuhn 113, 259, 325, 421, 492.
ter Kuile 98, 231, 508.
Kurashize 365.
Kuskow 150.
Kuttner, A. 23, 79, 81, 192, 324, 340.
Kyle, John J. 201.

L.

Labarrière **145.**
Labouré **185.**
Lack, Lambert 208.
Lambotte, A. **31.**
Landete **155.**
Landgraf **81.**
Landsberger, S. **159.**
Lane, Arbuthnot **420.**
v. Láng **344, 362, 399,** 434, 435, **436, 451.**
Lange, Victor **165.**
Lange, W. **406, 452.**
Large, S. H. **417.**
Lasagna **41, 261, 398, 509.**
Laser, Ed. **270.**
Laube **184.**
Laurens, G. 288, **298, 469.**
Laurens, P. 473.
Lautmann **212, 594.**
Laval **471.**
Lavrand **145, 169, 206.**
Lawrence **424.**
Lazarraga **268, 348, 355,** 387, 388.
Layman, D. W. **216.**
Lechtmann **308.**
Ledermann **126.**
Ledoux **90, 96.**
Leischner **465.**
Leitner, Geo. A. **8.**
Lelièvre **305.**
v. Lénárt **348.**
Lenger **56.**
Lengyel **298, 436.**
Leniez 75.
Lennhoff **81, 324.**
Lenormant **238.**
De Lens 150.
Leon, M. **407.**
Leonhard, van der Hoeven **99, 237, 598.**
Lerche **362.**
Leriche **16, 419.**
Leroux 137, **286.**
Lesieur **458, 459.**
Letulle 408.
Levin **389.**
Levingre **184.**
Levinstein, O. **51, 63, 221, 257, 336, 409, 410, 429.**
Levy, Rob. **259.**
Lewin **149, 191.**
Lewis, C. J. **486.**
Lewis, Percy **225.**
Lewy, Alfr. **356.**
Lexer **581.**
Liebault **580.**
Liebermeister **582.**
van Lier **75.**
Lieven **474.**
Lindt 335.
Littgow, J. S. **428.**
Llavre **401.**
Llorente **386.**
v. Lobmayer **174.**
Lockard, L. **33, 136.**
Loeb, Hanau W. **308, 596.**
Logan, J. E. **260,** 276.
Loos **61.**
Losew **205.**
Lothrop, Ol. A. **164.**
Löwe, Ludwig **57, 116, 163.**
Löwi, O. **447.**
Löwy (Karlsbad) **193.**
Löwy, R. **466.**
Low, Stuart **104, 209.**
Lubet-Barbon 62.
Lubliner 587.
Lublinski **219, 492.**
Luc 49, 84, 95, **145, 190,** 287, 473.
Lukinger **496.**
Luksie **578.**
Lumbard, Joseph E. **202.**
Lund, F. C. **247.**
Lundh **26.**

M.

Mackay, C. V. **312.**
Mackenzie **104,** 143, **207,** 278, 475.
Maclachlan, A. A. **179.**
Maclay **450.**
Mahaim **68.**
Mahler **326.**
Mahner 7.
Mahu **189, 286, 288, 310,** 470.
Maikow **574.**
Main, B. W. **112.**
Makuen, G. Hudson **178, 265, 317.**
Malan, A. **208.**
Malaens 517.
Maljutin **413.**
Maltese **39.**
Manasse **35, 379.**
Mancioli **15, 18, 39, 211.**
Mann **310, 374,** 376, **573,** 583.
Marage **413.**
Marangoni, G. **111.**
Marbaix **520.**
Marburg **465.**
Marchal **305.**
Mercellos **596.**
Marcus 245.
Marschik **114, 229, 425.** 372, **373,** 375, **377, 379,** 437, **477.**
Märtens **253.**
Marsden **16, 346.**
Martens **57.**
Martin, Cl. **56.**
Martin, H. H. **65.**
Marx, H. **403.**
Masini **39.**
Massier **25, 145.**
Mason **497.**
Masucci **6.**
Matsunaya **111.**
Matsuno, G. **184.**
Matthews **498.**
Matti **444.**
Mauclaire 225.
Mayer, Emil **32, 76, 281,** 282, **499.**
Mayerle **29.**
Mayersohn **431.**
Mayo, Ch. H. **321.**
Mazurkiewicz **171.**
Mc Kenzie **424.**
O'Meara **454.**
Megias 386.
Mehta **414.**
Meissner **303.**
Melchior **490.**
Meltzer, S. J. **203.**
Menzel **28,** 229, **414, 437,** 438, **476, 477.**
Merck **87,** 515.
Merian **201.**
Merk 245.
Merklen, Prosper **214.**
Mermod **168.**
Meroz-Tiedemann **138.**
Mertens **577.**
Metzenbaum **396, 446.**
Meyer, A. 13, 80, 193, **250,** 323, 326.
Meyer, Edmund, **126, 132,** 267, **325, 335, 370, 371,** 374, 578, 587, 590.
Meyer, E. (Königsberg) **2.**

Meyer, F. A. **173.**
Meyer, Willy **203.**
Meyes, Posthumus **100.**
Michaelis 498.
Mignon 147, 469.
Milligan, William 176.
Mink, P. J. 161, 336, 502.
Minor, C. L. 354.
Miodowski 591.
Mithofer, W. 494.
Miura 180.
Möbius 184
Möller, Jörgen 133, 194, 197.
Möller, M. 54, 307, 480.
Möller, N. 461.
Molinié 24, 407.
Molitor 20.
Moll, A. C. H. 156, 233.
Mollard 115.
Mooney 329.
Morales 383.
Morelli 187, 188, 588, 592.
Moreau 346.
Morestin 321, 347.
Mori 65.
Moses 36.
Mosher 277.
Moskovitz, J. 211, 310.
Most, A. 112.
Mounier 285, 287, 297.
Moure 145, 147, 148, 352, 469, 470, 473, 519, 580.
Mouret 472.
Mouson, S. H. 27.
Moutier 69.
Murphy, John 2.
Murphy, Thomas 52.
Murray, A. N. 165.
Myer, J. S. 77.
Myerson, A. 70.
Mygind, Holger 179, 197, 198.
Myles, R. C. 278, 283.

N.

Nadoleczny 7, 368, 505, 508.
Nakamura 493.
Natier 485.
Naumann, G. 55.
v. Navratil, D. 180, 187, 188, 218, 435, 489, 564, 570.
O'Nell, Bernard J. 225.
Nelson, Richard M. 254.
Némai 119.
Nepveu, A. 113, 287, 288, 450.
Neuberger 372.
Neuenborn 33.
Neuhof, Harold 126.
Neumann, Fritz (Wien) 165, 230, 596.
Neumann, G. 314.
Neumann, H. 454.
Neumann, O. 124.
Neumayer 378, 565.
Neuwelt, Louis 66.
Nicolai, V. 19, 40, 210 307.
Nicolai (Berlin) 256.
Nikitin, W. N. 108, 150. 165, 191, 389, 390, 391.
Nobicourt 183.
Noever 139.
Nollen 72.
Noltenius 371.
Noon, L. 567.
Nörregard 195, 196.
Northrup, W. P. 131.
Nourse, Ch. 102.
Novotny 110.
Nowicki 134.
Noyons 597.

O.

Oddo 228.
Offerhaus, H. K. 396.
Ohno 121, 168.
Okada 503.
Okounew 12, 150, 182, 191, 389, 391.
Olchin 391.
Oller 354, 388, 466.
Onodi 116, 167, 315, 322, 433, 436, 437, 491, 509, 576.
Oppenheimer 116.
Oppikofer 869, 369, 379, 571.
Orgel, David H. 177.
Orioli 170.
Orleanski, K. 174, 399.
Oertel 496.
Ortega 499.
Orth 364.
Osborne, H. 246.
Ouston 481.
Ozaki 399.

P.

Packard, Fr. R. 265, 283, 411.
Paessler 406.
Page 350.
Paglieri 356.
De Pahna 485.
Palbin 483.
Paludetti 42, 43, 210.
Pankow 467.
Parcell, Clyde E. 162.
Parish, Benj. D. 312.
Parker 63, 279, 425.
Parkins 262.
Parmeutier, Ch. 64.
Parrel 285, 286, 288.
Patterson 142, 445, 474.
Pauchet, V. 204, 270.
Paunz 432, 436, 594.
Pegler 142, 475.
Peltesohn, F. 6, 192, 193, 325.
Perkins, Ch. E. 130.
Pernice 503.
Peters 103, 142, 144, 427.
Peteri 361.
Peyser 82, 159, 507.
Pfannenstill, A. 219, 240, 300, 460, 461.
Philip 147, 469.
Pick, Ernst C. 224.
Pick, Fr. 71, 333, 373, 374, 375.
Pielke 506.
Pieniazek 559.
Pierce, Norval H. 278, 279.
Piffl 247.
Pihe, Norman H. 340.
Pinard 226.
Pinaroli 42, 264, 318.
Pineles 524.
Pischel, Kaspar 310, 589.
Pisek 2.
Pistre 61, 578.
Platonow, K. J. 178.
Plessner 419.
Plummer, H. S. 227, 502.
Pohly, A. G. 307.
Polatschek 432, 592.
Poli 42, 590.
Pollak 509, 589.
Polverini 416.
Pólya 349.
Polyak 136, 209, 374, 378, 435, 436, 451, 564.

Ponthière **146.**
Popovici **108.**
Poppi 37, 252.
Portella 25, **218**, **381**, 384.
Porten, E. v. d. **271.**
Porter, Langley **310.**
Poshorst 34.
Powell 425.
Poyet **286**, 288.
Pratt **18.**
Preiss **151.**
Prendergast, D. A. **449.**
Preysing **33**, **36**, **166**, **329.**
Priem **400.**
Pröhl **306.**
Prota **347.**
Prowse, S. W. **411.**
Przygoda **464.**
Pugnat **345.**
Pulawski **574.**
Pusateri **42.**
Putnam **362.**
Pybus **19.**

Q.

Quadrone **316.**
Quix **98**, 100, **101**, **233**, 234, 235, 598. **600**, 236.

R.

Rabotnow, L. **564.**
Ransome, A. S. **132.**
Raoul **144.**
Reich **457.**
Reicher **324.**
Rejitö **13**, **211**, **304.**
Reik, J. N. **255.**
Reimers **481.**
Reinhold, L. **24.**
Reinking **335**, **342**, **578.**
Reith, J. W. **228.**
Renant **305.**
Renner, W. Scott **115.**
Rethi, A. **437.**
Réthi **164**, 437, 476, 477, 508.
Retterer **305.**
v. Reuss 22.
Reverdin 225.
Reynier **569.**
Reynolds, E. **207**, **483.**
Rhese **343**, 378.
Ribbert 364.
Richard **163.**
Richardson, Ch. W. **223**, **282.**
Richter, Ed. **245**, **249**, 592, **593.**
Richter, W. **484.**
De Riddu **343.**
Riedel **258.**
Rimand **115.**
Ritschie, M. S. **347.**
Ritter 80, **81**, 167, 372, 376, **380.**
Ritter (Salzbrunn) **501.**
Rivière **155**, **449.**
Roberts, John B. **56.**
Robertson, W. S. **419.**
Roche, Gontier de la **123**, **306**, **351**, **406.**
Rockenbach **450.**
Roe, John O. 162.
Roelants, P. E. **125.**
Römer 363.
Römheld **74.**
Rogers 5, **269**, **464.**
Rolleston **177**, **210.**
Roper, Joseph C. **23.**
Rose **475.**
v. Rosen 460.
Rosenberg, A. **77**, **79**, 82. 193, **297**, 323, **324**, 325, 326.
Rosenhauer **270.**
Rosenheim, Sylvan **176.**
Roth **136**, 438.
Rothmann **509.**
Rought, E. W. **304.**
Rouvillois **146**, **190**, **287**, **362**, **401**, **469**, **472.**
Rouzoul **73.**
Roy, Dunbar **177.**
Royle, E. M. **497.**
Rueda **204.**
v. Ruediger-Rydygier **249.**
Rugani, L. **306.**
Rumpf **363**, 366, 371.
Ruprecht, M. **128**, **176**, **297**, **301.**
Rusconi, C. **186.**
Russo, D. **208.**
Ruttin 12.
Ruysch **98.**
Ryssebey 309.

S.

Sack, N. **341**, **353.**
Saenger **113**, **140**, **360**, 587.
Safranek, **53**, **158**, **336**, **398**, **432**, 434, **437.**
Sakaguchi **483.**
Samoilenko **150.**
Sand **267.**
Sanderson **320.**
Santalò **181.**
Santiuste **382**, **387.**
Sanz, Fernandez **181.**
Sarai 569.
Sargnon **77**, **146**, **148**, **203**, **209**, **322**, **362**, **417**, **446**, **472**, **501**, 587. **588.**
Sasedatelew **151.**
Satien **387.**
Saundby 316.
Sauvan **228.**
Savage **582.**
Scarlett, R. B. **165**, **448**, **451.**
Schaeffer, Jacob P. **301.**
Schäffer, Kay **247.**
Scheibe **284.**
Scheier **14**, **80**, **179**, **256**, **323**, 326, 522, **525.**
Schender **135**, **332.**
Schenier **404.**
Scheppegrell, W. **8**, **339.**
Schick **412.**
Schiffers **49**, 93.
Schilling, R. 522, 525.
Schilling, F. **124.**
Schleifstein, D. **183**, **415**, **497.**
Schlippers **218.**
Schloffer 118, 433, 491.
Schmiedt 378.
Schmiegelow **117**, **169**, **194**, **195**, 198, 327 **562.**
Scholes **409.**
Scholz, R. P. 162.
Schönborn **172.**
Schoenemann **410.**
Schomburg **58**, **139.**
Schötz 81, 323.
Schou **574.**
Schousboe 327.
Schroeder **354.**
Schroetter, H. v. 110, **222.**
Schubinger **455.**
Schüler, W. **77.**
Schuhmacher **351.**
Schultheiss **320.**
Schultz, F. **468.**
Schultze, A. **488.**
Schultze, Ernst C. **296.**

Schultze (Bonn) **333.**
Schum, H. **271.**
Schuster **464.**
Schutter 598.
Schwarz **210.**
Schwerdtfeger **449.**
Scripture, E. W. **70**, 318.
Scott, George Dow **263.**
Sebba **315.**
Seemann, J. **178.**
Segel, J. **296.**
Seidel, Hans **224.**
Seifert, O. 40, **408**, **560.**
Seligmann **431.**
Semidei **39**, **40**, **453.**
Semon, Sir Felix 428.
Senator, Max **24**, **69**, 82, 192, 193, 326, **333**, 591.
Serafini **214.**
Setien 382.
Sewall, Edw. C. **130.**
Sforza, M. **313.**
Shambaugh, George E. **276.**
Shastid, Th. H. **9.**
Shea, W. E. **456.**
Sheedy, Bryan D. 162, **165**, 261.
Sheldon **495.**
Shiga, A. **210.**
Shimodaira **419.**
Shirmunski 390.
Shurly, B. R. **260**, 277, 278, **498.**
Sick **299.**
Siebenmann **127**, 369, 370, 523, 525.
Siems **147**, **213**, **470.**
Siemens 600.
Sierpinski **271.**
Sieur **146**, **190**, **287**, **401**, **420**, **469**, **472.**
Sikkel 232, 233, **315.**
Silberstein **594.**
Sill, E. Matter **62.**
Sillig **135.**
Simkó **187.**
Simmel **357.**
Simon **306.**
Simonds **412.**
Simpson, Wm. K. **5**, 277, 283, **479.**
Skillern, Ross Hall **340**, **344.**
Sluder **121**, 163, **277**, 279.
Smith, H. Ramsay **301.**
Smith, E. P. Welton **20.**
Smith, Harmon **282**, **353.**
Smithies, Fr. **132.**
Snoek **16.**
Snoy **185.**
Sobernheim, W. 193, **303**, 323, **405**, 587.
Sobotta **273.**
Sokoloff, A. **308.**
v. Sokolowski, A. **157.**
Sokolowsky, R. **367**, 368, 507.
Solano **201.**
Solis-Cohen 276, 277, 282, **339.**
Solow, Julius **217.**
Somers, Lewis S. **173.**
Sommer **123.**
Sörensen **218**, **263**, **458.**
Souligoux **214.**
Speese **61.**
Spencer **425.**
Spengler **151.**
Spicer, Scanes 103, 423, 425, 474.
Spiess 136, 221, 253, **268.**
Spingam, A. **63**, **308.**
Springer **28.**
Srebrny 164, **254**, **493.**
Staats **69.**
Staehelin-Burckhardt **271.**
Stangenberg **240**, **430**, **460**, **461.**
Stanton, A. Fr. **249.**
Stefanini **299.**
v. Stein **338.**
Stein, Otto J. **8**, **122.**
Steinforth **67.**
Steiner, R. **71**, **319**, **593.**
Steiner (Budapest) **189.**
Steinhardt **211.**
Steinhaus 52, 91.
De Stella 85, 517.
Stern **231**, **317**, **506.**
Sternberg, Wilhelm **7.**
Sternberg (Brünn) **335**, **562.**
Stetten, De Witt **16**, **77.**
Steward, Parves **243.**
Stiénon, P. **226.**
Still, G. F. **176.**

T.

Tandler **313.**
Tapia **21**, **180**, **183**, **186**, **362**, 383, 385, 387, 388, **389**, **400**, **501**, **568.**
Tavernier **501.**
Taylor, Alonzo E. **361.**
Teleky 490.
Tetens **475.**
Theisen, Clement F. **280.**
Thibierge 55, 408.
Thomas 68.
Thomasson, W. J. **410.**
Thomson, St. Clair 425.
Thomson, J. J. **309.**
Thooris **474.**
Thorsteinsson, O. 178.
Thost 523, 524, 589.
Tibbits **581.**
Tiderström 460.
Tilley, W. E. 310.
Tilley, H. **141**, **142**, **143**, **417**, **426.**
Timothy, J. R. **299.**
Tixier **16**, **29.**
Todd, Fr. C. 455.
Tornai, J. **76.**
Torretta **130.**
Torrini **571.**
Toti 250, 520.
Touraine **346.**
Tóvölgyi, E. **12**, **418**, 435.
Traser, J. S. **207.**
Tratman, Frank **578.**
Trétrôp 84, 85. **94**, **96**, **472**, **520**, 592.
Trifiletti **304.**
Trofimow **150.**
Trümper **570.**
Trueste **180.**
Trumpp, J. **314.**
Tsheboksorow **574.**
Tschiassny 476.
Tuffier **465.**
Turin **359.**
Turner, Logan 426, 427, 428, 486, **590.**
Tweedie **144**, 474.
Tydnigs 163.

U.

Uffenorde 377, **487.**
Ullano 382.
Unterberg **19.**
Unterwood, A. S. **9.**
Urbano 383, 386, **388.**

V.

Vacher **86**, **168**, **401**, 473.
Valle, Clavero del **408.**

Della Valle 28.
Vargas, R. 356.
Vajda 270.
Vanderhoof, Don A. 54.
Vassier 11.
Veau 52.
Veillard 190.
Veis 300.
Velilla 388.
Stöhr, Th. 111.
Stoerk, O. 76.
Stolzenburg 308.
Stovall, A. M. 218.
Strandberg 300, 446, 593.
Strauss 205.
Strassburg 125, 216.
Strazza 39.
Streit 591.
Strelitz, E. 172.
Strong, L. W. 398.
Struyken 100, 101, 233, 235, 505, 597, 598, 599.
Stucky, J. A. 2.
Sturmann 11, 191, 429.
Stursberg 333.
Sudeck, P. 360.
Sukennikowa 224.
Suruktschi 151.
Swain, H. L. 274, 282, 479.
Swershewski 119.
van Swieten 49.
Syltschow, K. 220.
Syme 311, 493.
Syme, W. S. 348.
Szleifstein 134.
Szmurlo 262.
Viannay 466.
Vignard 322.
Viollet 149, 472.
Vogel 259.
Vohsen 34, 366.
Voislawsky, A. P. 122.
Voss 34, 161.

W.

Wachtel 119.
Wada, T. 122.
Wade, E. Marion, 313.
Waechter 225.
Wagner 8.
Wagener, O. 379.
Walb 57.
Waller, H. Evan 501.
Wallis, G. F. C. 256, 405.
Walter, F. K. 29.
Walter, Will 115.
Mac Walters J. C. 257.
Warnecke, H. 13.
Warnekros, K. 60.
Wathen, John R. 137.
Watermann, J. S. 356.
Waxham 66.
Weil, A. L. 349.
Weil (Wien) 476.
Weill 288.
Weinland 138.
Weinstein, J. 4.
Weissenbach 55.
Weissmann 577.
Weljaminow 580.
Welty, Cullen F. 261.
Werner, R. 397.
Werner, H. 522, 524.
Weski 159.
West 80, 251, 254.
Westmoreland 111.
Whillis, Samuel S. 19.
Whinnie 262, 405.
Whitaker 453, 485.
White, J. Vernow 212.
White, S. 300.
White, C. Powell 16.
White, Benjamin 155.
White Wm. C. 311.
Wiener 402.
Wildenberg, van den 88, 91, 127, 447, 514, 516, 596.
Williams-Jantzen 327.
Williams, J. H. 139.
Williams, Watson 102, 109, 144, 423, 425, 426, 427.
Wilkinson, Geo. 54.
Wilms 354.
Willmaers 61.
Wiltschew 191, 389, 390.
Wiltschur 108.
Wilson, A. 217.
Wilson, Gordon 275, 277, 281.
Wilson, O. H. 313.
Winkler 122.
Winslow 17, 53, 277.
Winter, D. 108.
Wischnitz 324.
Wishart, G. 500.
Witthauer 299.
Wittmack 222.
Wladimiroff 572.
Wohrizek 420.
Wojatschek 149, 151.
Woinow 351, 391.
Wolff 80.
Wolkowitsch 56, 156, 246, 266, 462.
Wood, Walter 161.
Wood, C. G. Russ. 256, 573.
Woods, Rob. H. 463.
Worthington, Th. Ch. 568.
Wright, Jonathan 248, 409.
Wygotzki 389.
Wylie 102, 104, 423.
Wyscheslawitzewa 22.

Y.

Yankaner, S. 562.
Yonge, Eugene S. 9.

Z.

Zabel 341.
Zaufal 333.
Zeller 5.
Ziba 357.
Zickgraf 6, 295.
Ziem 161, 339.
Zimmern 227.
Zimmermann, Max 357.
Zimmermann, Rob. 272.
Zinsser 328.
Zoepffel 328.
Zuckerkandl, E. 6.
Zumsteeg 317.
Zwaardemaker 231, 232, 597.
Zwillinger 183, 374, 591.
Zytowitsch 149, 150.

Sach-Register.

A.

Abdominaltyphus s. Typhus.
Abductorlähmung s. Posticuslähmung.
Accessorius, Lähmung des — mit Posticuslähmung 181.
Actinomycose. primäre intralaryngeale — 133; — des Halses 444; — des Pharynx 455.
Adenoide Vegetationen 39, 305; nasale Fortsätze der — 13; Aetiologie der — 39, 453; Einfluss der — auf das Gehör 12; Einfluss der — auf die Intelligenz 211; Beziehungen der — zur Tuberculose 306; — und Gebiss 211; Incontinentia vesicae bei — 306; Nephritis bei — 454; Augenstörungen bei — 483; Indication zur Entfernung der — 150; Bekämpfung der — in Rumänien 592.
— Operation der — 13, 211 431; Erziehung zur Nasenathmung nach Operation der — 147, 213; Narkose bei Operation der — 13, 150, 196, 197, 212, 383, 470; Blutung nach Operation der — 13, 150; Fieber nach — 212; Complicationen nach — 285, 454, 470, 598; Verwachsung des Gaumens nach — 190; Recidive nach — 212, 454.
Adrenalin s. Nebennierenextract.
Alypin 429, 481.
Anästhesie, locale 11; die — in den oberen Luftwegen 285, 297, 396, 429, 446, 481, 512; — zur Larynxexstirpation 268; — der Tonsillen 128, 288, 349; — der Zähne von der Nase aus 249; — mit Cycloform 5, mit Chinin-Harnstoff 5, 147, 276, 388, — bei Larynxphthise 5, 136, 219; 221.
Anästhesie, allgemeine bei Adenotomie 13, 129, 150, 196, 197, 212, 383, 470, 471; Vortheile und Nachtheile der — bei Mandeloperationen 129, 193, 217; verbesserte Methode der — 202, 396; intravenöse — 202; — mit Somnoform 398; — und intratracheale Luftinsufflation 203, 396.
Anästhesin 5, 429.
Anaphylaxie 65, 66; Lungenbefund bei — 137.
Angina 63, 64, 410, 472, 571; — und Hg-Vergiftung 307; Differentialdiagnose der — und Diphtherie 458; Fermentdiagnose der — 261; Scharlachvaccination und — 563; Vorkommen von — bei Anwendung von Tuberkulin 64; Sinusthrombose nach — 127; Sepsis nach — 127, 261; Halsgangrän nach — 127; toxisches Gesichtsexanthem nach — 229; Recurrenslähmung nach — 232; Gaumenlähmung nach — 232; Nephritis nach — 308; gegen die Schluckschmerzen bei — 446; Behandlung der — 309.
Angina Ludovici 94.
Angina Vincenti 216, 231, 307, 348, 352, 456, 480; — ausschliesslich auf den Kehlkopf beschränkt 352; Bakteriologie der — 41; unser Wissen über — 572.
Anosmie, die — bei atrophischer Rhinitis 6; — und Unfall 6, 336, 339; infolge Stirnlappentumor 244; seltener Fall von — 336.
Antithyreoidin, bei Heuschnupfen 7.
Aphasie 412; ein Fall von Wernikescher — 67; infolge Rindenläsion 68; der cerebrale Sitz der Läsionen bei — 69; die hysterische — 69.
Aphonie 195, 368.
Apraxie, Fall von — 68.

Arytaenoidgelenk, Anchylose des — 71.
Askarisvergiftung 244.
Asthma bronchiale, Pathogenese des — 108, 109, 140; Beziehungen der oberen Luftwege zu — 4; — und Heuschnupfen 8; Bedeutung der Nase für — 108, 338, 445; Bronchoskopie bei — 109, 110, 296, 418, 482, 584, 585, 587.
Avellis'scher Symptomencomplex 232, 244, 315.
Asthma nasale s. a. nasale Reflexneurosen 4, 7, 108, 277, 338, 445; Nervenresection bei — 565.
Athmung (s. a. Mundathmung), spastische Störungen der — 2; verlängerte — infolge eines Nasenleidens 338.
Augenkrankheiten und Nase s. Nase, Nasennebenhöhlen, Stirnhöhlenempyem, Siebbein, Keilbeinhöhle etc.; Nasenrachenbehandlung bei scrophulösen — 58; — und Erkrankungen der oberen Luftwege 202.
Automobil, Einfluss des — auf die oberen Luftwege 278.
Aviatik, obere Luftwege bei — 40.

B.

Basedow'sche Krankheit 30, 184, 360, 501, 502; Erblichkeit der — 320; traumatische Entstehung der — 75; Beeinflussung der — von der Nase aus 74; Einfluss der — auf das Längenwachsthum 30; Symptome von — bei Schilddrüsenkrebs 29, 184; Blutuntersuchung bei — 75; — Typhus vortäuschend 184; — und Epilepsie 184; Genitalsystem bei — 226; Thymushypertrophie bei — 237; Serumtherapie der — 270, 361; Magendarmbehandlung bei — 185; Unterbindung der A. thyreoidea bei — 75, 226; Chirurgie der — 75, 237—240, 321, 360, 361, 465, 502, 517; postoperative Erscheinungen bei — 185; Sympathicusresection — 287, 464.
Bericht, statistischer, aus dem Brüsseler chir. Institut 49; — des Edinburgher Krankenhauses 201.
Branchiogene Tumoren 52, 386.
Bromäthyl, Spätvergiftung mit — 287, 297.
Bronchialdrüsen, Durchbruch verkäster — 110, 283, 358; die — bei Grippe 137; tuberculöse — 137, 221.
Bronchien, Instrument zu Messungen in den — 363; primäre Tumoren der — 230, 247, 471, 583: Polyp der — 268; Fremdkörper der — 28, 96, 103, 110, 142, 195, 222, 223, 224, 281, 326, 327, 335, 388, 416, 417, 437, 447, 472, 499, 562; Narbenstenose der — 101; syphilitische Stenose der — 80; Stenose der — durch intrabifurcale Drüse 247, 358; Divertikel der — 269.
Bronchoskopie 2, 28, 96, 147, 148, 151, 195, 222, 223, 224, 247, 268, 281, 283, 334, 335, 388, 416, 417, 437, 447, 472, 499, 500, 501, 562, 583, 584; Bedeutung der — für die innere Medicin 110; die — bei kleinen Kindern 374; seltene mit der — diagnosticirte Affectionen 97, 416; Technik der oberen — 28; Complicationen der — 154; die — zur Unterstützung bei Eröffnung der Brusthöhle 28; — zur Diagnose bei Geschwülsten 35, 583; — bei Asthma 109, 110, 296, 418, 482, 584; Misserfolge bei — 417; Sprayrohr für directe — 418.
Bulbäre Kehlkopflähmung 20, 21, 367.

C.

Calciumlactat, bei Blutungen 5.
Carotis externa, Unterbindung der — 17.
Cervicaladenitis s. Halsdrüsen.
Chinin als locales Anästheticum 5, 147, 276, 388.
Choanen, Atresie der — 104, 142, 149, 230, 247, 377; Polyp der — 187, 436, 451.
Chordectomie bei Posticuslähmung 21, 182.
Chorditis marginalis 38.
Cocain, über Ersatzmittel des — in der Rhino-Laryngologie 297, 429.
Comité, Sitzung des Internationalen — für die Laryngo-Rhinologencongresse 477.
Congresse, Sitzung der permanenten Commission für die internationalen — 290; der III. Internationale Laryngologen — 393, 439.

Coryfin 5, 95, 298.
Coryza (s. a. Rhinitis), Pfefferminzöl bei — 563.
Croup, chronischer — 313; septischer — 101; Morphium bei — 72; Intubation und Tracheotomie bei — 20, 37, 66, 218, 313, 351, 386, 498; bakteriologische Untersuchung bei — 575.
Cycloform 5, 297, 355, 429.
Cylindrom des Gaumens 16.

D.

Dacryocystorhinostomie 250, 520, 599.
Decanulement, erschwertes — (s. a. Larynx, Stenosen des —); dee progressive — 90. 132.
Diphtherie (s. a. Nasendiphtherie), Differentialdiagnose zwischen — und Angina Vincenti 457; septische — 101; primäre Streptokokken — 177; maligne — 177; die — vom neurologischen Standpunkt 19; die larvirte — 130, 458, 574; Gangrän nach — 132; acute cerebrale Ataxie nach — 131; die — bei Säuglingen 65; Nachkrankheiten und wiederholte Erkrankungen an — 65, 218, 458; Bacillenpersistenz nach — 131; Toxingehalt des Blutes bei — 412; Arrosion der Carotis bei — 496; Epidemie von — 262, 411; Behandlung der — (s. a. Diphtherieantitoxin); Pyocyanase bei — 263.
Diphtherieantitoxin 312, 350, 574; Ausschlag nach — 66; — zur Immunisirung 350; — gegen Nasenbluten 305; — bei Ozaena 391; — bei Lähmungen 19; plötzlicher Tod nach Einspritzung von — 495.
Diphtheriebacillen, Träger von — 177, 350; Differentialdiagnose zwischen — und Pseudodiphtheriebacillen 262; Virulenzproben der — 313.
Diphtherische Lähmungen 104, 131; — des Kehlkopfs 131; Diphtherieserum bei — 19; elektrische Behandlung der — 496.
Drüsenfieber, Epidemie von — 247.
Ductus naso-lacrymalis, der — bei den Japanern 483; neues Verfahren bei Stenosen des — 378; Fensterresection bei Stenosen des — 80, 254; Resection des — 150; Dacryocystorhinostomie bei Unwegsamkeit des — 250, 520.
Ductus thyreo-glossus, Offenbleiben des — 170, 171, 345, 386, 444.
Ductus Stenonianus, chronische Entzündung des — 171; Stein im — 85.
Durchleuchtung, die — der Highmorshöhle 119.
Dysphagie 144, 446; gegen die — bei Larynxphthise 5, 136, 286, 355, 356, 423.

E.

Ehrlich-Hata, Anwendung bei Erkrankungen der oberen Luftwege 53, 108, 158, 230, 285, 328, 333, 353, 390, 445, 462, 480, 592, 600; — bei Rhinosklerom 229, 246, 333; — bei nichtspecifischen ulcerösen Erkrankungen der Mundrachenhöhle 307.
Electrolyse zur Behandlung von Leisten der Nasenscheidewand 388, Behandlung maligner Tumoren mit — 397; die — zur Behandlung von Schleimhautschwellungen 563; die — in der Rhinologie 594.
Empyem (s. Nasennebenhöhlen, Highmorshöhle, Stirnhöhle etc.).
Epiglottis, Abscess der — 356; Cyste der — 36, 159; Schanker der — 347; Amputation der — 26, 136, 354, 428.
Epistaxis 81, 304, 305; — bei Gicht 304; Beziehung der — zu constitutionellen Krankheiten 304; Thrombokinase gegen — 398.
Epulis 61.
Ethmoiditis s. Siebbein.

F.

Facialislähmung mit Recurrenslähmung combinirt 314.
Fibrolysin bei Oesophagusstenosen 31, 361, 420.
Fistula colli congenita, Fall von — 444.
Folliculitis exulcerans nasi 299.
Formaminttabletten 245.
Fulgurationsbehandlung 155, 210

G.

Galvanokaustik des Septums bei Heufieber 5; — zur Entfernung von Kehlkopfpolypen 36; — in der Nase bei Basedow 74; die — bei Sängerknötchen

86, 265, 287, 427; — bei Larynxtuberculose 104, 142, 424.
Ganglion spheno-palatinum, Neurose des — 277, 338.
Gastroskopie 375, 475, 585.
Gaumen (weicher s. Gaumensegel), angeborner Mangel der knöchernen Theile des — 424; Embryologie des — 14; Assymmetrie des — 144; der hohe — 257; Form des — und Nasenathmung 484, 485; Verletzung des — 229, 382; angeborne Cyste des — 433; Plastik des — 90, 148; cystische Geschwulst des — 346; Teleangiektasie des — 432; Cylindrom des — 16; Carcinom des — 329; Tuberkulose des — 102; Deformation des — durch Schwellung der Glandula pituitaria 474.
Gaumenbogen, grosses Fibrom des — 427.
Gaumenmandel s. Tonsille.
Gaumensegel, das Epithel des — 172; Missbildung des — 143; Leukoplakie des — 104; Verwachsung des — mit der Pharyxwand 173, 287, 382; postdiphtherische Lähmung des — 19; Lähmung des — nach Angina 232; bulbäre Lähmung des — 21, 244; Tic des — 286, 516; Oedem des — 173; Lipom des — 159; Fibrom des — 288; intramurale Geschwulst des — 476.
Gaumenspalte 173, 174, 258, 259, 457; Nachwirkung des Obturators bei — 521.
Geruch (s. a. Anosmie, Olfactometrie) 7.
Gesang, Physiologie des — 504, 505, 506, 507; Einfluss der Mandel auf den — 347.
Geschmack, der laugige — 15.
Gewerbeerkrankungen der oberen Luftwege 332.
Gingivitis 125; — hypertrophica 125.
Glottisödem s. Larynxödem.
Granulosis rubra nasi 54.

H.

Haarzunge, schwarze 283, 407.
Hals (äusserer), mediane Fistel des — 444; Durchschneidung des — 142; Lymphangiom des — 51; perivasculäres Sarkom des — 329.
Halscyste 111.
Halsdrüsen, Tuberculose der — 112, 246; Epidemie von fieberhafter Schwellung der — 247.
Halskiemenfistel 51.
Halsrippe, Neuritis verursacht durch Druck der — 52.
Herpes der oberen Luftwege 51.
Hexamethylenamin 255.
Heuschnupfen 338, 566, 567, 568; Immunisierung gegen — 8, 339; Behandlung des — 7, 8, 339, 566, 567, 568; operative Behandlung des — 9, 568.
Hiatus semilunaris, Anatomie des — 167; Abtragung der vorderen Lippe des — 143; die klinische Bedeutung der Derivate des — 253.
Highmorshöhle (s. a. Highmorshöhlenempyem), Anatomie der — 9; Anomalien der — 119, 301; Verhältnisse der — bei Embryo, Kind und Erwachsenen 301; Beziehungen der — zum Thränenkanal 595; Beziehungen der — zum Trigeminus 509; üble Zufälle bei Punction der — 120; das Aichen der — 120; Hydrops der — 404; Ursprung der Choanalpolypen in der — 187, 436, 428, 451; Tuberculose der — 377; Dermoidcyste der — 512; Syphilis der — 11; Fremdkörper der — 301; Zahn in der — 122, 399; Zahncysten der — 279 453; Fibrom der — 141; Endotheliom der — 41; Osteome der — 35, 469; Cholesteatom der — 122; Polypenbildung der — 476, 477; Carcinom der — 122, 512; Sarkom der — 325, 426, 451; Antroskop für die — 435.
Highmorshöhlenempyem 302; Histologie der Schleimhaut bei — 119; dentales — 159, 301, 399, 568, 594; käsiges — 380; Vorwölbung der äusseren Wand bei — 39; Cysten bei — 302; Sequesterbildung bei — 193, 301; traumatisches — 511; Durchleuchtung bei — 119, 570; das Secret bei — 253; kryptogenetische Infection durch latentes — 569; Orbitalphlegmone bei — 379; Werth der Probepunction bei — 11; üble Zufälle bei Punction des — 120, 452, 569; Troicart zur Probepunction des — 189; Tod nach Punction des — 452; Gehirnabscess bei — 433; Sepsis nach acutem —

488; Operation des — 10, 11, 12, 43, 95, 114, 121, 122, 145, 189, 278, 285, 288, 303, 426, 451, 452, 489, 568, 569.
Hyperthyreoidismus, Zusammenhang des — mit Heuschnupfen 7; Stoffwechsel bei künstlichem — 29.
Hypoglossus, die Kerne des 50; Lähmung des — 21; Lähmung des — und Recurrens 385.
Hypopharyngoskopie 324, 327, 573,
Hypophysis, Beziehung der — zur Rachenhypophyse 37, 252; operative Freilegung der — 116, 117, 118, 196, 230, 236, 250, 251, 252, 253, 278, 379, 433, 490, 491, 588, 602; Weg zur 288. eg zur — 325.
Hysterie der oberen Luftwege 108, 171, 178, 288.

I.

Jacobson'sches Organ, Ausbildung der — 6; Cyste des — 204.
Ictus laryngis s. Kehlkopfschwindel.
Influenza, Halsschmerzen nach — 345; Erscheinungen recidivirender — in Hals und Nase 243, 276.
Inhalation, Ansteckung durch — 3, 364.
Inhalationstherapie 113, 151, 299, 371, 398, 430; Maske zur — 299.
Instrumente, neuer Griff für rhinolaryngoskopische — 190, 204; Watteträger 99; Schlingenschnürer 99; elektrischer Beleuchtungsapparat 40; neue Untersuchungslampe 363; Zerstäuber 113; modificirte Stirnlampe 237.
— für die Nase: Speculum 210, 476; Zange 237; Stanzen 114; Pulverbläser 210; zur submucösen Resection 87, 165, 426; Meissel 99; zur Condomtamponade 99; Spüler 210; für die Kieferhöhle 99, 114, 189, 229, 245, 288, 570; für Adenoidenoperation 149, 454, 595.
— für den Pharynx: Wangenhaken 114; Mundsperrer 130; Gaumenheber 237; zur Tonsillenoperation 65, 86, 114, 130, 176, 192, 217, 261, 262, 379, 495.
— für den Larynx: Röhrenspeculum 28; Reinigungsfeder für Canülen 114; für directe Laryngoskopie 28, 160, 230.
Insufficienz, nasale 39.
Insufflation, intratracheale 113, 203, 204.
Intubation 498; Modification der — 416, 470, 518; neuer Apparat zur — 425; die — bei Fremdkörpern 111; die — bei Croup 20, 37, 66, 218, 351; die — bei diphtherischer Kehlkopflähmung 131; neue Canüle zur — 40; Instrumente zur — 277.
— perorale 113, 117, 333, 369, 421; nach Meltzer-Auer 113, 203, 204, 396; die — bei Wolfsrachenoperation 259.
Jodbasedow 74.

K.

Kehlkopf s. Larynx.
Kehlkopfmuskeln s. Larynx.
Kehlkopfschwindel 103, 389.
Keilbeinhöhle, Röntgenstrahlen zur Untersuchung der — 80, 256; Rauminhalt der — 596; angeborene Communication beider — 230; Revolverkugel in der 230, 344; Caries der — mit Lähmung 244; Mucocele der — 344; Tumor der — 160: Carcinom der 41, 210; Sarkom der — 210; Osteom der — 403; der perorale Weg zur — 325.
Keilbeinhöhlenempyem 343; Häufigkeit des — 256; das Gesichtsfeld bei — 405; Augencomplication bei 59, 60, 256, 279, 403, 404, 405, 426, 487; Hirnblutung nach — 256; Gehirnabscess bei — 433; Meningitis nach — 488; Röntgendiagnostik bei — 343; Operation des — 87.
Keuchhusten 296, 577; Thyreoiditis im Verlauf von — 138.
Kiefer (s. a. Oberkiefer, Unterkiefer, Zähne); Form des — und Vererbung 60; habituelle Luxation des — 61; Form des — und Nasenathmung 484.
Kiefercysten s. Oberkiefer.
Knizometer 564.
Klinik, die neue Wiener — für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten 553.

L.

Laryngektomie (s. a. Larynx, Carcinom des —); — wegen syphilitischer Larynxstenose 72; — Wiederherstellung der Phonation nach —

148; Stimme nach — 179; Lokalanästhesie bei — 387.
Laryngeus superior, Lähmung des — 21, 180; Alkoholinfiltration des — 136, 221, 297, 356, 423, 429; Resection des — 577.
Laryngitis, — ulcero-membranacea 352; primäre, phlegmonöse — 183; eine besondere Form von — 38; die — nach Masern 134.
Laryngocele 132, 235, 264, 275.
Laryngofissur (s. a. Larynx, Carcinom des —); bei Sarkom 37; bei Fremdkörpern 39.
Laryngologie (s. a. obere Luftwege); zur Geschichte der — 49, 332; Schicksal der — in Halle 106, 199; Schicksal der — in Berlin 293, 332; neuere Fortschritte in der — 107; — und Otologie 107; Ausdehnung der chirurgischen Tätigkeit in der — 273; die — als Gegenstand medicinischen Unterrichts 543.
Laryngoskopie, directe 2, 26, 334, 470, 562, 585; neue directe — 482; die — im Dienste der Pädiatrie 335; Instrumente zur — 28, 160, 230; eine Erfahrung mit der — 600.
Laryngostomie, Technik der — 70, 415; die Stimme nach — 70; bei Papillomen 38, 88, 95, 372; bei Stenosen 38, 78, 89, 146, 183, 372, 469; bei Kehlkopftraumen 320, 469; bei Sklerom 39, 134, 415; Flügelbolzenbehandlung nach — 229.
Laryngotomie s. Laryngofissur.
Larynx, angeborenes Diaphragma des — 178; Luftsäcke des — 132, 235, 264, 275; Missbildung des — 496; vergleichende Anatomie des — 275; Verlauf sensibler Nerven im — 576; der — bei Castrirten 313; Action der Muskeln des — 67, 367; extralaryngeale Ursachen bei Störungen des — 132; chronischer Katarrh der Hinterwand des — 182; Sensibilität des — 575, 576; Veränderungen im — bei Schwangerschaft 3, 42; Atrophie im — 133, 351; Einfluss des Automobils auf — 278; Störungen des — und Tuberculose des Lungenhilus 96; Erkrankungen des — bei Typhus 4, 190; Durchschneidung des — 142, 318, 384, 476; Verletzungen des — 319, 414, 497; Phlegmone des — 183, 323, 383; Abscess des — 356; Erysipel des — 496; Geschwüre im — bei Scharlach 369; primäre Perichondritis des — 384; hämorrhagische Entzündung des — 520; Angina Vincenti des — 352; Pemphigus des — 306, 325; Psoriasis des — 43; Herpes des — 50; Neuralgie des — 577; halbseitige Lähmung des — mit Zungenlähmung 181; Parästhesien des — 505; Lähmung des — aus centraler Ursache 22, 23; Lähmung des — in Folge Lähmung des Nervus spinalis 386; Lähmung des — bei Bulbärerkrankung 20, 21, 385; Sporotrichose des — 85; Actinomycose des — 133; amyloide und hyaline Degeneration bei Tumoren des — 42; Lepra des — 156, 157, 183, 201, 388; Drehung des — 497; Fremdkörper des — 27, 39, 71, 221, 288, 386, 416; Struma im — 578; hyaline und amyloide Degeneration in den Tumoren des — 264; Blutstillung im — 369.
— Carcinom des — 36, 39, 41, 103, 144, 191, 266, 267, 268, 282, 287, 324, 387, 389, 462, 463, 469; Entstehung des — 425; Elektro- und Radiochirurgie bei — 397; endolaryngeale Operation bei — 268; Laryngofissuren bei — 36, 39, 103, 266, 268, 282, 287, 435, 463, 469; Totalexstirpation bei — 36, 39, 266, 267, 268, 435, 447, 516.
— Angiom des — 516, 578.
— Cyste des 36.
— Oedem des — 24, 264; primäres — 384, 396; — nach Aethernarkose 497; — bei Nephritis 23; — bei Thyreoiditis 225; angioneurotisches — nach Tonsillotomie 237.
— Enchondrom des — 145.
— Lipom des — 386.
— Fibrom 578; Galvanocaustik zur Entfernung von — 36; grosses — 187, 188, 230.
— Polypen (s. Fibrom).
— Pachydermie des — 183, 385, 473.
— Papillome 39, 43, 88, 146, 265, 283, 388, 389, 463, 475, 515, 578, — tuberculöser Natur 593; Laryngo-

stomie bei — 38, 88, 95; gebrannte Magnesia bei — 265.
Larynx, Lupus des — 427, 432.
— Sarkom des — 37, 272, 388, 476.
— Sklerom des — 39, 134, 156, 183, 187, 246, 373, 415, 425.
— Syphilis des — 157, 183, 189, 230, 282, 287, 347, 353, 462.
— Stenosen 71, 78, 89, 132, 387, 416; in Folge Lordose der Wirbelsäuse 71; — nach Angina Vincenti 352; Intubation bei acuten — der Kinder 37; Radiumtherapie bei — 72; Laryngostomie bei chronischen — 38, 89, 146; Totalexstirpation wegen syphilitischer — 72.
— Tuberculose des — 24, 25, 26, 104, 134, 135, 218, 219, 284, 363, 369; 381, 386, 459; — und Schwangerschaft 135, 218, 354, 382, 467; Häufigkeit der — 295; die — vom pathologisch - anatomischen Standpunkt 134; Volksheilstättenbehandlung der — 462; Verlauf der — nach künstlichem Pneumothorax 135, 354, 459; gegen die Schluckschmerzen bei — 5, 136, 219, 221, 286, 297, 355, 356, 423; Behandlung der — mit: Stauung 219, 424, Trichloressigsäure 220, Baeillenemulsion 370, Serum 24, mit Tuberculin 135, 281, 371, mit H_3 + NaJ 219, 220, 240, 432, 460, 461, mit Roentgen 354, 371, Lichtbehandlung der — 24, 113, 219, mit Schweigecur 25, 219, Galvanocaustik 104, 135, 142, 355, 370, 381, orthoskopische Behandlung der — 593, chirurgische Behandlung der — 24, 25, 370, 430.
Lautgebung s. Stimme.
Lepra der oberen Luftwege 156, 157, 183, 201, 388, 426, 561.
Leptothrix 125.
Leukämie, Veränderungen der oberen Luftwege bei — 332.
Lichen ruber planus der Mundhöhle 126, 438.
Lichtbehandlung, die — in der Rhino-Laryngologie 113, 287.
Lippe, Leukoplakie und Kraurosis der — 244; Lähmung der — 21; Carcinom der — 16; Epitheliom der — beim Neger 570.
Luftwege, obere (s. a. Luftwege, Krankheiten der —); Hygiene der — 152; die — bei der Aviatik 40; Blutungen aus den — 4, 5, 13, 202; Veränderungen der — bei Schwangerschaft 2, 3, 42; Blutegel als Fremdkörper in den — 334, 383, 388; Bedeutung der — als Eintrittspforte (s. a. Tonsille, lymphatisches Gewebe etc.) 3, 18, 63, 201, 216, 306, 364; Spirochäten in den — 157; Erkrankungen der — bei Typhus 4; Hysterie der — 108, 171; Veränderungen der — bei Leukämie 332; die — bei Ascarisvergiftung 244; chronischer Katarrh der — 4; Sklerose der — (s. a. Rhinosklerom und Sklerom) 39, 188; Pemphigus der — 103, 306, 325, 560, 589.
— Lupus der — 4; endonasale Entstehung des — 53; — mit NaJ + O_3 593.
— Syphilis der — 4, 80, 123, 157, 158, 445, 560; Bedeutung der Wassermann-schen Reaction bei — 4; Ehrlich-Hata bei — 53, 80, 108, 230, 592; neue Methode bei — 593.
— Tuberculose, Fehldiagnosen bei — 377, 560; Behandlung der — nach Pfannenstiel 219, 220, 240, 432, 460, 461.
Luftwege, Krankheiten der, Diät bei — 33; Betheiligung des Sympathicus bei — 51; — und Magendarmstörungen 2; — und endocranielle Erkrankungen 243; Therapie der — 77; diätetische Behandlung der — 333.
Lungentuberculose, Complicationen der — seitens der oberen Luftwege 295, 357, 364, 365; Beziehungen der — zu adenoiden Vegetationen 306; Schwangerschaftsunterbrechung bei — 467.
Lymphadenitis colli s. Halsdrüsen.
Lymphatischer Schlundring (s. a. Rachentonsille, Tonsille), eine neue Mandel des — 12; der — als Eintrittspforte bei Rheumatismus 18, bei Lungentuberculose 42, 306, 364.

M.

Malleus s. Rotz.
Masernlaryngitis 134.
Mandelstein 425.
Maul- und Klauenseuche 62.
Membrana crico-thyreoidea, Punction der — 72.

Meningitis cerebro-spinalis epidemica, Ansteckung mit — durch Inhalation 3.
Menthol, Anwendung des — 298.
Micrococcus catarrhalis, Infection durch den — 332.
Mundathmung 2, 332; kiefer-orthopädische Behandlung der — 159.
Mundhöhle, die Erkrankungen der — 124; Erkrankungen der — und Stoffwechsel 492; Lichen ruber der — 126, 438; Radiographie bei Krankheiten der — 15; mal perforant der — 80; Dermoidcyste der — 85, 570; Miliartuberkulose der — 229; Beziehungen eitriger Erkrankungen der — zum Organismus 406; Carcinom der — 570.
Muschel, submucöse Resection bei Hypertrophie der — 483, 563; syphilitische Hypertrophie der — 563.
— mittlere, bullöse Auftreibung der als Ursache für Sehstörungen 60; Cyste der — 340; Knochenblasen der — 340; Epitheltumor der — 563.
— untere. Meningitis nach Verletzung der — 36; blutender Polyp der — 142; Carcinom der — 187.
Musculus thyreo-cricoideus, Function des — 508.
Musculus constrictor pharyngis, Lähmung des — 367.
Mutation, Ursachen und Behandlung fehlerhafter — 318.
Myxödem, postoperatives 29; der Stoffwechsel bei — 361.

N.

Narkose s. Anästhesie, allgemeine.
Nasale Reflexneurosen (s. a. Asthma, Heuschnupfen) 3, 4, 7, 8, 9, 74, 108, 274, 277, 336, 338, 445; zur Lehre von den — 564.
Nase (s. a. Nasenkrankheiten), Anatomie der — 86, 322, 483; Blutgefässe der — 276; Drüsen der Schleimhaut in der — 149; Histiologie der — 248; Entwicklungsgeschichte der — 6; Lymphapparat der — 590, 591; Bakteriologie der — 115; vergleichende Anatomie der — 204, 399; angeborene Deformation der — 54; Sensibilitätsprüfung in der — 564, 565; totale Aplasie der — 54; die — als Reflexorgan 336; Mitwirkung der — bei der Resonanz 67; Zusammenhang — mit Geschlechtsorganen 78; Behandlun der Herzneurosen von de — aus 566; Veränderunge nin der — bei Schwngaschaft 2, 3; Beeinflussung d. Basedow von der — aus 74; diagnostische Tuberkulinreaction in der — 115; Unfallverletzung der — 510; Mitbetheiligung der — bei Schädelverletzungen 34, 339; Gehirnerkrankungen von der — aus (s. a. Nasennebenhöhlen) 36; Circulationsstörungen in der — 156; Sepsis von der — aus 115; Sepsis in Folge Knochennekrose der — 205; Pathologie der — bei den Südseeinsulanern 204; Diphtherie der — 19, 40; Manifestationen in der — bei Tabes 160; Operation bei Schädelbasisfracturen mit Betheiligung der — 161; Trauma der — 231; Zahn in der — 95, 122, 399; Fliegenlarven in der — 118; Fremdkörper der — 119; Behandlung der Synechien in der — 469; Tumoren der — 35, 37, 41, 42; bilaterale Operationen in der — 564; Collodiumbehandlung nach Operationen in der — 589.
— Adenom, malignes, der — 191; gutartiges — 449.
— Carcinom der — 41, 210, 323, 388, 451.
— Chondrom der — 449.
— Epithelioma benignum der — 193.
— Lupus 54, 87, 300, 514; endonasale Entstehung des — 53; Behandlung des — mit $NaJO_3$ 430, 460, 593; Behandlung des — mit Scarificationen 54.
— Papillom der — 147, 193, 208.
— Polypen s. Nasenpolypen.
— Sarkom der — 47, 98, 209, 210, 283, 388, 451, 477.
— Myxoma lymphaticum der — 209.
— Osteom der — 449.
— Syphilis der 60, 193, 205, 328, 563.
— Tuberculose der — 33, 115, 116, 191, 194, 295, 438, 451, 476.
Näseln s. Rhinolalie.
Nasenbluten (s. Epistaxis).
Nasendiphtherie 177, 217, 262, 263, 412, 459; chronische 19, 40; Gaumensegellähmung nach — 19.
Nasenkrankheiten (s. a. Nasennebenhöhlen); — und Hyperacidität des

Blutes 100; Sehstörungen in Folge (s. a. Nasennebenhöhlen) 60, 402, 436; Bedeutung der Zähne für die — 159; Kopfschmerzen bei — 161; Trigeminusneuralgie bei — 161; Neurasthenie und — 274; Saugbehandlung bei — 57.
— bei Kopfverletzungen 161.
Nasenlöcher, Atresie der — 142, 437; Narbenstenose der — 229; Verstopfung der — zum Schutz gegen Infection 3.
Nasenplastik (s. a. Paraffin) 55, 56, 279, 300, 389, 522; — mit Fettinjectionen 376; Spätresultate der — 56.
Nasennebenhöhlen (s. a. Highmorshöhle, Stirnhöhlen, Siebbeinzellen, Keilbeinhöhle), Beziehungen der — zum Gehirn 434, 491; die Secrete der — 253; topographische Anatomie der — 322, 486; Knochenpräparate von — 598; die Lymphgefässe der — 114; Röntgenuntersuchung der — 112, 254; neues Durchleuchtungsinstrument für — 596; die — der Kinder 254; pathologische Befunde bei — 601; Trauma der — 88, 231; Hydrops der — 59, 404; Geschwülste der — 37; Exostosen der — 277; Syphilis der — 11, 326, 340, 486; Carcinom der — 451; die — bei Ozaena 207.
— Empyeme der (s. a. Highmorshöhle, Stirnhöhle etc.), Bakteriologie der — 486; neues diagnostisches Mittel für — 595; complicirte Fälle von — 487; orbitale Complication der — 58, 59, 99, 142, 189, 487; Einfluss der — auf Gefäss- und Nervensystem 595; Augenerkrankungen bei — 59, 83, 234, 279, 343, 379, 403, 404, 405, 601; Gehirncomplication der — 83, 286, 379, 433; Magendarmcanal bei — 341; Operation der — 10, 42, 57, 58, 87, 95, 255, 341, 342; Saugtherapie der — 57, 342; Hexamethylenamin bei 255; Autovaccine bei 255, 256, 281; Wismuthpaste bei — 342.
Nasenpolypen 145, 207; Pathogenese der — 448; Epithelveränderungen im pharyngealen Theil der — 169; Cystenbildung in — 193; Dislocation der Nasenknochen durch — 208; fibröse — 449, 469; sogenannte „blutende“ — 208: sarkomatöse Umwandlung von — 209.
Nasenrachenraum, Untersuchung des — 112; neues directes Untersuchungsverfahren des — 335, 562; bakteriologische Untersuchung des — bei Scharlach 296; Stränge im — 103; Katarrhe des — 210; Desinfection des — 146, 306; Fremdkörper des — 123, 245; Granulom des — 103; Lymphosarkom des — 99, 280; der perorale Weg zum — 325.
— Carcinom des — 34, 193.
— Fibrom des — 98, 146, 170, 187, 406, 427, 474, 514, 518; Operation der — mit Gaumenresection 188.
— Syphilis des — 123.
Nasenscheidewand, Fensterung im Knorpel der — 424; Verbiegung der — 143, 163, 447; Deformationen der — und Lungenerkrankungen 250; submucöse Resection der — 87, 148, 162, 163, 164, 165, 254, 448; Complicationen nach Resection der — 591; Galvanocaustik der — bei Asthma 4; Elektrolyse bei Leisten der — 388; Abscess der — 165; Perichondritis der — 188; Tuberculose der — 116, 118; Gummi der — 60; Papillom der — 165, 448; blutender Polyp der — 165; Myxofibrom der — 389.
Nasenstein 98, 119, 400; seltener chemischer Befund in einem — 381.
Nasentamponade, die — nach endonasalen Eingriffen 435, 564.
Nasenverstopfung, Bedeutung der — für Schulkinder 483; — und Kieferform 484, 485.
Nebenschilddrüsen s. Parathyroiddrüsen.
Nebennierenextract, gebrauchsfertige Anwendungsformen von — 298; Behandlung inoperabler Carcinome mit — 324; — in Verbindung mit Localanaestheticis 446.
Nephritis, Glottisödem bei — 23; — nach Angina 308.
Nervus ethmoidalis, Resection des — bei Heufieber 9.
Nervus laryngeus sup. s. Laryngeus sup.
Neuralgie, die — der Nase 274, 567.
Noma, Epidemie von — 126.

O.

Oberkiefer, Form des — bei Choanalatresie 142; Cyste des — 61, 229, 230, 233, 279, 303, 379; Resection des — 90, 345; Sarkom des — 475.
Oberkieferhöhle s. Highmorshöhle.
Oesophagismus 581, 587.
Oesophagitis 97.
Oesophagomalacie 466.
Oesophagoskopie 2, 39, 140, 151, 186, 195, 227, 228, 286, 324, 327, 334, 362, 379, 387, 466, 472, 474, 562, 584, 585, 586; Indicationen der — 147; seltene mit der — diagnosticirte Affectionen 97; die Complicationen der — 154; die — bei Entfernung offener Sicherheitsnadeln 140; die — bei Divertikeln 32.
Oesophagotomie, die — bei Oesophagusstenosen 31; — wegen Fremdkörper 420, 466, 503.
Oesophagus, angeborene Atresie des — 271; Verhalten des — bei Herzvergrösserung 76; Lage des — bei Wirbelsäulenverkrümmung 316; Spasmus des — 321, 427, 466; Geschwüre im — bei Scharlach 369; Neurosen des 587; Blutung des — 503; Compression des — durch mediastinale Drüsen 139; Plastik des — 581.
— Carcinom des — 36, 97, 140, 147, 185, 227, 228, 272, 420, 582; Radiotherapie des — 67, 425; Diagnose des — 139.
— Divertikel des — 16, 32, 76, 77, 272, 322, 327, 379, 421, 502, 503, 585, 585.
— Fremdkörper des — 39, 103, 140, 143, 151, 185, 186, 195, 229, 231, 286, 322, 327, 336, 362, 387, 388, 447, 472, 474, 503, 521, 562, 586, 602; Unmöglichkeit der Extraction mit Oesophagoskopie 39; die — bei Kindern 582.
— Fibrom des — 327, 582, 588.
— Sarkom des 185, 228.
— Stenose des — 31, 81, 139, 271-321, 361, 362, 420, 424, 427; an, geborene — 77; Röntgendiagnose der — 86, 227, 361; die Schluckgeräusche bei — 271; Fibrolysin bei — 31; Dilatationsbedeutung der — 586.
— Tuberculose 97, 227, 271, 322.
Ohrspeicheldrüse s. Parotis.
Olfactometer, ein quantitativer — 7.
Olfactometrie (s. a. Anosmie) 6.
Orbitalerkrankungen nasalen Ursprungs s. Nasennebenhöhlenempyem, orbitale Complication des — 58.
Orthodontie 159, 484.
Ozaena 391; Epithelmetaplasie bei — 205; internationale Sammelforschung über — 527; Aetiologie der — 206, 207, 390, 485; Complication der — 388, 485; — der Trachea 33; — und Tuberculose 286; Athemübungen bei — 286; Nasenathmung bei — 206, 286, 470; Syphilis und — 390; Behandlung der — 206, 470; Lichtbehandlung der — 287; Paraffinplastik bei — 323, 391, 485, 514; Serumbehandlung der — 391; hochgespannte Ströme bei — 474, 485.

P.

Pachydermie 183, 385; Umwandlung von — in Carcinom 473.
Paradentärcysten 61.
Paralysis agitans, Verhalten des Larynx bei — 509.
Paraffinprothesen, bei äusseren Nasendeformitäten 55, 56, 428; — nach Stirnhöhlenoperation 430; — bei Kindern 150; — bei Recurrenslähmung 371; — bei Ozaena 323, 391, 486, 514; Deformation des Gesichts in Folge — 55.
Parathyroiddrüsen, Beziehung zwischen Schilddrüse und — 29.
Parotis, chronische Schwellung der — 171; acute Schwellung der — 172; recidivirende Schwellung der — 407; Lymphadenom der — 91; Hämangiom der — 172.
Passavant'scher Wulst, der — beim Schlucken 15.
Pemphigus der oberen Luftwege 103, 306, 325, 560, 589.
Pergenol 126, 299.
Perichondritis, bei Typhus 4; primäre — des Larynx 384.
Peritonsillitis 261, 309, 572; tödtlich verlaufende — 411; Saugbehandlung der 234; Behandlung der — von der Fossa supratonsillaris aus 146, 152.
Perorale Intubation s. Intubation.
Pharyngitis chronica, Behandlung der — 4, 455; — als Gewerbekrankheit 332; — und Magenaffectionen 382;

Pharyngitis lateralis 455; — ulcerosa nervosa 430.

Pharyngoskop 160, 333, 379; verbessertes — 573; Photographien mit dem — 597.

Pharyngotomia transhyoidea 147, 362.

Pharynx, Embryologie des — 213; Bacteriologie des — 307; Pathologie und Therapie des — 79; Vertheilung der Drüsen und des adenoiden Gewebes im — 257; Selbstdesinfection des — 62; Gangrän des — 91, 127; Sporotrichose des — 85; Streptokokkeninfection des — 62; Phlegmone des — 455; acute infectiöse Erkrankungen des — 62; Actinomycose des — 455; Pemphigus des — 306; Herpes des — 51; Keratose des — 307; Divertikel des — 16, 272; Stenose des — 280; Aneurysma des — 438; angioneurotisches Oedem des — 229; primäres Oedem des — 384, 396; anämische Geschwüre im — 307; Schmerzen im — nach Influenza 345; Parästhesien des — 345; Trauma des — 347; hämorrhagische Entzündung des — 520; Fremdkörper im — 347; abnorme rhythmische Bewegungen der Seitenwand des — 476; behaarte Polypen des — 571.
— Angiom des — 516.
— Carcinom des — 17, 324, 391, 430, 477; gestieltes — 328.
— Fibrom des — 17, 346.
— Lipom des — 159, 571.
— Lupus des — 477.
— Lymphom des — 17.
— Syphilis des — 71, 231, 280, 328, 346, 560.
— Sarkom des — 476.
— Tuberculose des — 17, 102.

Pharynxhypophyse 37, 252.

Pharyngomycosis, Entwicklung der Leptothrix bei — 571.

Phonasthenie (s. a. Stimme) 317, 389, 505.

Phonetik (s. a. Stimme, Stimmbildung), Beziehungen der experimentellen — zur Laryngologie 504, 505, 506.

Phototherapie, die — in der Rhino-Laryngologie 113.

Plaques muqueuses, Behandlung der — 346.

Poliomyelitis, Ansteckung mit — durch Inhalation 3.

Postici, Lähmung der — 21, 22, 142, 429; — bei Syringomyelie 244, 324; — bei Tabes 22, 23; — und Accessoriuslähmung nach Erhängungsversuch 181; — nach Pleuritis 429; Chordectomie bei — 182.

Psoriasis, die — des Larynx 43.

Pyocyanase 263, 306, 592.

R.

Rachen s. Pharynx.

Rachenmandel (Hyperplasie der — s. adenoide Vegetationen), die „hintere“ — 12; Beziehungen der — zur Rachenhypophyse 37; Tuberculose der — 17, 365, 475.

Rachenhypophyse 37.

Radiographie s. Röntgenstrahlen.

Radiumtherapie in der Rhino-Laryngologie 96, 144, 474, 481; — bei Narbenstenosen des Larynx 72; — beim Oesophaguscarcinom 97, 142, 425.

Ranula 215.

Recessus frontalis 433.

Recurrens (s. a. Recurrenslähmung), Anastomose des — mit dem Hypoglossus durch Nervennaht 180; Centrum des — 509; Faserverlauf im — 509.

Recurrenslähmung 22, 181, 184, 385; — bei Tabes mit Aortenaneurysma 414; bei Beriberi 180; — nach Angina 232; — bulbären Ursprungs 385, 576; combinirte — mit Trauma 314; neue Behandlungsmethode der — 371; — bei Strumectomie 423.
— linksseitige 191, 314, 515; — infolge Mitralstenose 315; — bei Wirbelsäulenverkrümmung 316.
— rechtsseitige 91, 244, 315; — infolge Bulbärthrombose 244; — infolge Mediastinaltumors 315.
— doppelseitige 36; Folgezustände der — 577.

Reflexneurosen, nasale (s. nasale Reflexneurosen).

Retropharyngealabscess 62, 63, 81, 211, 356, 385; — bei Pansinusitis 85; tödtliche Blutung bei — 308.

Rhinitis (s. a. Coryza, Ozaena), Bakterienflora bei — 115; hyperästhetische — 8; vasomotoria — 277 469; Staphylokokken — 299.
— atrophicans (s. a. Ozaena), Anämie und — 6; Beziehungen der — zu Erkrankungen der oberen Luftwege 563.
— caseosa 145.
Rhinolalie, die verschiedenen Formen der — 413.
Rhinolith s. Nasenstein.
Rhinometrie 189, 248, 285.
Rhinophyma 54, 299, 300.
Rhinoplastik s. Nasenplastik.
Rhinorrhoe, Fall von cerebro-spinaler — 340, 428.
Rhinosklerom (s. a. Sklerom) 187, 249; Ehrlich-Hata bei — 229; Röntgenbehandlung des — 249.
Rhinoskopie, die hintere directe — 471.
Röntgenstrahlen, Aufnahme des, Schluckaktes durch — 525; Aufnahmen mit — für Sprachphysiologie 414: die — bei Diagnose einiger Mundkrankheiten 15; — zur Diagnose von Oesophagusstenosen 76, 139, 227; die — zur Untersuchung der Keilbeinhöhle 80, 256, 343; — für Nebenhöhlenuntersuchung 112, 254; — bei Fremdkörpern 231, 282; — zur Therapie bei Lippenkrebs 16; — bei Kiefersarkom 125; — bei Sklerom 156, 249, 374; die — gegen tuberculöse Dysphagie 286, 371; — bei malignen Tumoren 397; — bei Struma 420.
Rotz, ein Fall von — 155, 561.

S.

Salpingoskop 112.
Sänger, Genauigkeit des Nachsingens von Tönen bei — 367; Athembewegungen der — 505.
Sängerknötchen 264; Galvanokaustik bei — 86, 265, 287, 427; chirurgische Behandlung der — 265.
Saugtherapie 57, 130, 234, 342.
Scharlach, Bakteriologische Untersuchung des Nasenrachensecrets bei — 296; Geschwüre in den oberen Luftwegen bei — 368.
Schilddrüse (s. a. Struma; Basedow) Physiologie der — 224, 269, 320, 359, 418, 501; die — der Neugeborenen 138; Regeneration der — 29; angeborner Mangel der — 224; Erkrankungen der — und Rheumatismus 30; Veränderungen der — und Hämoglobingehalt des Blutes bei Chlorose 359; Syphilis der — 270, 419; Tuberculose der — 419; Carcinom der — 29, 138, 148, 184, 225, 419, 580; Sarkom des — 272, 464.
Schildknorpel, Fractur des — 497, 498.
Schlucken, Physiologie des — 14, 525;
Semon-Lectureship, Einrichtung der — 289.
Semonsches Gesetz, Bemerkungen zum — 20, 22, 23, 233, 316, 576.
Septum s. Nasenscheidewand.
Siebbein, Mucocele des — 169, 404, 432; Tumor des — auf den Stirnlappen übergehend 244; Endotheliom des — 102; Chondrom des — 488; Sarkom des — 209; Carcinom des — 488; Osteom des — 190, 287, 403, 488; Tuberculose des — 116, 118, 284, 324; Syphilis des — 326.
Siebbeinempyem 143, 253, 287, 344; Röntgendiagnostik bei — 343; Hirnblutung nach — 256; orbitale Complication bei — 59, 100, 234, 487; Neuritis optica bei — 59, 279, 402, 403, 404, 405; cerebrale Complication des — 84, 344, 380, 433, 488; Operation des — 87, 190; postoperative Meningitis nach — 145.
Sigmatismus nasalis 230.
Singstimme, Behandlung der — 151, 504, 505, 506.
Sklerodermie. Veränderungen bei — 245.
Sklerom (s. a. Rhinosklerom) 39, 52, 134, 156, 183, 187, 188. 246. 373, 415, 425, 497, 499, 561; das — in Ostpreussen 53: Röntgentherapie des — 156, 374; Ehrlich-Hata bei — 229, 246, 333.
Somnoform 398.
Speicheldrüsen (s. a. Parotis), Erkrankung der — und Myopathie 172.
Speichelstein 85, 382, 406, 437.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Spirochaeten 157, 480; — in ihren Beziehungen zur Tonsille 175.
Sporotrichosis, Fall von — 85, 408.
Sprache 413, 506, 597; Function des M. constrictor pharyng. superior bei —

60; — nach Durchschneidung des Kehlkopfs 229, 414; Form des Ansatzrohres bei — 414; die — bei Myasthenie 427, 429.
Sprachstörungen 69, 70, 178, 230, 317; hysterische — 178, 180.
Stauung bei Dysphagie 136, 219, 424.
Stereophotographie, die — in der Rhino-Laryngologie 86, 98, 363.
Stimmbänder s. Stimmlippen.
Stimmbildung (s. a. Aphasie), Probleme und Fortschritte der — 66, 316, 317, 413; das Zwerchfell bei der — 179.
Stimme, Physiologie der — 179, 231, 316, 317, 366, 367, 368, 413, 504, 505, 507; die — der Laryngostomirten 70; neue Aufnahmen der menschlichen — 178; die — bei Larynxpapillomen 265.
Stimmlippen (s. a. Larynx), pathologische Anatomie der — 182; Atrophie der — 133; Excision der — bei bilateraler Posticuslähmung 21; über einseitige Erkrankung der — 133; Regeneration der — 182; umschriebene Atrophie einer — 351; Lautgymnastik der — 413; Conträraction der — 509.
Stimmstörungen (s. Phonasthenie, Stimme) 179; Behandlung functioneller — 366.
Stirnbein, gefährliches 379.
Stirnhöhle, Fehlen der — 166; Grenzbestimmung der — 167; Anatomie der — 167, 379, 433; Beziehung der — zum übrigen Organismus 167; Trauma der — 88; Mucocele der — 102, 149, 169, 288, 404, 432; Hydrops der — 245; Heilungsprocess der — 42; Spongiosirung der — 329; Osteitis der — 169; Echinococcus der — 169; Chondrom der — 450; Endotheliom der — 450; Peritheliom der — 37; Osteom der — 169, 403; Cylindrom der — 450; Carcinom der — 596; Syphilis der — 326.
Stirnhöhlenempyem 42, 142, 143, 144, 161, 167, 287, 329, 400; — mit Fistelbildung 141; zur Diagnose des — 167; Loch in der Stirn bei — 81, 192; Aspiration bei — 168; endonasale Eröffnung des — 81, 82; Augensymptome bei — 403, 487, 489; Dislocation des Bulbus bei — 142; Complicationen des bei Kindern 596; cerebrale Complication des — 84, 401, 433, 488, 489; Röntgenbefund bei — 323; Saugbehandlung bei — 234; conservative Behandlung der — 599; Operation des — 95, 144, 168, 233, 329, 380, 400, 401, 402, 403, 428, 437, 438, 472, 489, 596; postoperative Meningitis nach — 145.
Stomatitis 125; ulcero-membranöse — 16; nekrotisirende — 188; — und Hg-Vergiftung 307, 308.
Stottern 69, 70, 178.
Stridor, hysterischer 288.
— congenitus, Aetiologie des — 314.
Stroboskopie 232.
Struma 138, 225, 269, 326; experimentelles — 579; Diagnose und Behandlung bei — 137; congenitale — 320; Schädlichkeit von Jod bei — 74; die intrathoracische — 224, — der Zungenbasis 215, 408, 425; 475, 493; endolaryngeale — 578; Therapie der — (s. a. Strumectomie) 269, 420.
Strumectomie 138, 269, 419 580; Regeneration nach — 29; Starbildung nach — 270; Recurrenslähmung nach — 423; Sklerodermie nach — 270
Strumitis 464.
Sympathicus, Betheiligung des — bei Krankheiten der oberen Luftwege 51.
Syringomyelie, Posticuslähmung bei — 244, 324, 429.

T.

Tabes, Recurrenslähmung bei — 22, 414; Mal perforant buccal bei — 80; Nasalkrisen bei — 160.
Tamponade s. Nasentamponade.
Tetanie, Laryngospasmus bei — 577.
Thränenwege (s. a. Ductus nasolacrymalis), nasale Ursachen der Erkrankungen der — 250; Zahncyste als Ursache der Erkrankung der — 403; nasales Verfahren zur Behandlung der — 519.
Thymus, Lymphgefässe der — 111; Vergrösserung der — 112, 222, 237, 247, 283; Chirurgie der — 52.
Thyreoiditis 138, 225, 270, 419, 579; — bei Scharlach 270; Glottisödem bei acuter — 225.
Thyreodectomie s. Strumectomie.
Tonmassage 525.
Tonsille, Anatomie der — 174; Function der — 63, 92, 93, 573; bak-

teriologische Untersuchung d. Krypten der — 348; pathologische Histologie der — 310; Fett in der — 409; die — als Quelle von Allgemeininfection 216; Beziehung der — zu Herzkrankheiten 456; — und Lungentuberculose 42; Ulcus durum herpetiforme der — 288; Hyperplasie der — 124, 126, 176, 195, 310, 409, 456; Erkrankungen der — und Gesang 347; örtliche Anästhesirung der — 128; teratoide Geschwulst der — 458; Operation maligner Tumoren der — 471.

Tonsille, Carcinom der — 288, 325, 349, 475.
— Fibromyxom der — 43.
— Lupus der — 437.
— Lymphangiom der — 349.
— Sarkom der — 42, 280, 397, 458, 471.
— Tuberculose der — 175, 259, 377, 475.

Tonsillectomie 18, 19, 64, 65, 128, 176, 191, 192, 259, 260, 310, 311, 312, 348, 410, 411, 493, 494, 495, 573; — oder Tonsillotomie? 216, 217, 310; Vor- und Nachtheile der — 93, 129; Narkose bei — 129, 217; örtliche Anästhesirung zur — 128, 288, 349; Exitus nach — 18, 411; Sepsis nach — 130; Hautemphysem nach — 312; Blutung nach — 382, 410, 573; bakteriologischer Befund in den Belägen nach — 280; Morbus Basedow nach — 573.

Tonsillitis, acute (s. Angina), Secundärintoxicationen bei chronischer — 175; Albuminurie bei chronischer — 456; Behandlung der chronischen — 348, 410, 472.

Tonsillotomie 128, 193, 217, 310, 348; Indicationen und Resultate der — 94; Instrument zur — 86, 130; Blutungen nach — 175, 212, 217, 523; Fieber nach — 212; tödtliches angioneurotisches Oedem nach — 237.

Trachea, Anomalie der — 314, 496; gummöse Syphilis der — 80; Divertikel der — 269; Fremdkörper der — 102; Venectasien in der — 247, 377; Druck einer Mediastinaldrüse auf — 282; Durchbruch von Drüsen in die — 110, 283, 358; Ozaena der — 33; Abscesse zwischen — und Oesophagus 356; die aphthösen Geschwüre der — bei Phthise 357; Amyloidose der — 578; isolierte Fractur der — 357; Fremdkörper der — (s. a. Tracheoskopie, Tracheotomie) 35, 39, 222, 231, 388; die primären Tumoren der — 471.

Trachea, Carcinom der — 35, 430.
— Cylindrom der — 463.
— Osteome, multiple der — 184.
— Sarkom der — 464.
— Stenose der — 89, 469, 476, 499.

Transversuslähmung 20.

Trigeminusneuralgie, Behandlung der — mit Alkoholinjection 34.

Tracheoskopie 2, 27, 33, 102, 151, 222, 334, 499.

Tracheobronchialdrüsen, Schwellung der — bei Grippe 137; tuberculöse — 137, 221.

Tracheotomie, die — bei Fremdkörpern 27, 39, 102, 111; Plastik nach — 73; — bei Laryngitis beim Kinde 387; die — bei Croup 20, 37, 218, 351.

Tropenkrankheit (Rhinopharyngitis mutilans) 204.

Tubage s. Intubation.

Tuberkulin 17; Vorkommen von Angina bei Behandlung mit — 64; diagnostische Anwendung von — in der Nase 115; — bei Larynxphthise 135, 281, 371, 427.

Typhus, Erkrankungen der oberen Luftwege bei — 4, 190, 432.

U.

Unfallverletzungen der oberen Luftwege 6, 510.

Unterkiefer, habituelle Luxation des — 61; Fracturen des — 61; Resection des — 16; Difformität des — in Folge Tuberculose 61; Carcinom des — 346.

Untersuchungsmethoden, directe 2, 33, 562.

Uvula, Missbildung der — 143; das Epithel der — 173; Carcinom der — 346.

V.

Vaccinebehandlung 20, 255, 256, 257, 445; Discussion über — 280, 281.

Vago-Accessoriuslähmung 232 244, 315; — nach Trauma 314.

Vagus, die Kerne des — 50, Bau des Ganglion nodosum des — 243.
Ventriculus Morgagni, Erkrankungen des — 424.
Vioform 398.
Vocale, der Toncharakter der — 413; Klanganalyse künstlicher — 366; Nasenresonanz der — 505.

W.

Wassermann'sche Reaktion, die Bedeutung der — für die Rhino-Laryngologie 4, 157, 158, 446, 461.
Wrisberg'scher Knorpel, angeborene Lappenbildung am — 264.

Z.

Zähne (s. a. Orthodontie), Vererbung und — 60; Entwicklung der — und Mundathmung 2, 159, 484, 485; die — bei adenoiden Wucherungen 13; Bedeutung der Zähne für die Rhinologie 159, 484, 485; — in der Nase 95; Rolle der — beim Antrumempyem 301.
Zahncysten 124, 279, 379, 453; — als Ursache von Epiphora 403.
Zahnfleisch (s. a. Gingivitis), Epithelcysten im — der Säuglinge 124; Bakteriologie des — 125; sarcomatöse Entartung des — 125; Tuberkulose des — 231, 477.
Zunge, Embryologie der — 14; extreme Beweglichkeit der — 407; einseitiger Belag der — 213; Desquamation der 493; Beitrag zur Innervation der Gefässe der — 214; Blutung aus der — 408; Teleangiectasie der 432; Lähmung der — 20, 181, 385; Neuralgie, Schanker der — 347; Syphilis der — 214; Sporotrichose der — 408; Tuberculose der — 104; Angiom der — 431; Sarkom der — 214; Carcinom der — 16, 143, 214, 493; Amputation der — 245.
Zungenbasis, Struma der — 215 408, 425, 426, 475, 493; Tumor der — 216, 409; die glatte Atrophie der — 375.
Zungenbein, Entwicklungsgeschichte des — 60; Fractur des — 103.
Zungentonsille, Cysten der — 215; Tuberculose der — 17; Hypertrophie der — 423; Hypertrophie der — bei Lungentuberculose 295; Abscess der — 408.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.





